

JUN 26 1917

UNIV. OF MICH.
LIBRARY

ANNALES DE DERMATOLOGIE & SYPHILIGRAPHIE

FONDEES PAR A. DOYON.

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

L. BROcq

Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

J. DARIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

W. DUBREUILH

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

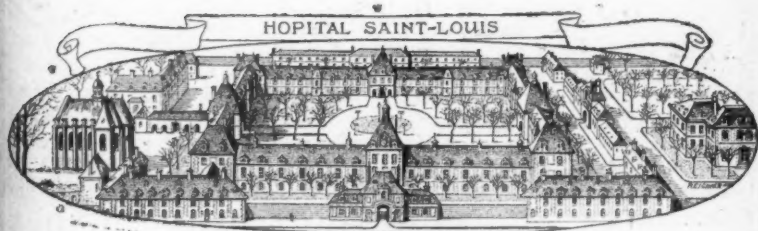
CH. AUDRY

Professeur à la Faculté de Toulouse.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

P. RAVAUT

Médecin des hôpitaux de Paris.



ANNÉE 1916-1917

TOME VI. — N° 7. — JANVIER 1917.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie**
Publieront douze numéros pendant les années 1916-1917.

Abonnement pour les douze numéros : Paris : 30 fr. — Départements et Union postale : 32 fr.

Secrétaire de la rédaction : D^r Paul RAVAUT, 5, rue de Rigny.

PENDANT TOUTE LA DURÉE DES HOSTILITÉS

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION
à M. le Docteur THIBIERGE, 64, rue des Mathurins, PARIS.

Depuis le mois de Janvier 1916, les "Annales de Dermatologie" paraissent régulièrement. Mais en raison des circonstances, leur périodicité est ralentie; le tome VI sera, comme le tome V, publié en deux ans, à raison d'un numéro tous les 2 mois.

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN
rafraîchissante antiprurigineuse
50 0/0 d'hydrolats

SAPO-CADE

Huile de cade vraie et Sapolan
Séborrhées, Impétigo,
Psoriasis, Prurits,
Eczémas,
Lichens.

SAPOLAN

SPÉCIFIQUE des PRURITS - ECZÉMAS, etc

LAIT

90 0/0 d'eau
CONTRE ROUGEURS
ET GERÇURES

SAVON-POUDRE

LE SAPOLAN s'emploie PUR
ou comme EXCIPIENT, en pommades
ou crèmes, il se fait NOIR ou BLANC
Prescrit avec succès par les P^{rs} Mracek,
Spiegler, Kreibich, Kaposi,
Lassar, Unna et dans les hôpitaux de Paris et de province.

ÉCHANTILLONS, CORRESPONDANCE : L. CAVAILLÈS
204, Boul^d Saint-Denis, COURBEVOIE (Seine)
Dépôt: PÉPIN, 9, rue 4-Septembre, Paris et P^{hies}

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 7

Janvier 1917.

TRAVAUX ORIGINAUX

| | |
|--|-----|
| L. Brocq. — Quelques réflexions pratiques sur la radiothérapie. . . | 333 |
| Jörgen Schaumann. — Étude sur le lupus pernio et ses rapports avec les sarcoïdes et la tuberculose (<i>Avec quatre figures dans le texte</i>). . . | 337 |
| Jean Félix. — Note sur l'état du réflexe oculo-cardiaque dans la syphilis. | 374 |

RECUEIL DE FAITS

| | |
|---|-----|
| A. Cassar. — A propos d'un cas remarquable de pseudo-réinfection syphilitique.. . . . | 376 |
|---|-----|

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

| | |
|--|-----|
| Chancre simple. Chancre simple serpigneux, par <i>Rabello</i> | 378 |
| Chancres simples phagédéniques de Panus et du pli interfessier cas clinique, par <i>Torns</i> | 378 |
| Étude clinico-thérapeutique des chancres simples de Panus, par <i>Covisa</i> | 378 |
| Chancre simple du genou, par <i>Silva Arango Filho</i> | 379 |
| De l'emploi du novarsénobenzoï dans le traitement du chancre simple, par <i>O. de Carvalho</i> | 379 |
| Traitement du chancre mou, par <i>F. Balzer</i> | 379 |
| Sur les composés cupriques contre le chancre simple, par <i>J. Ahnkvist</i> | 379 |
| Bubons chancrelleux. Guérison d'un bubon chancrelleux suppuré, en huit jours, sans cicatrices apparentes, par le drainage filiforme, par <i>Clément Simon</i> | 379 |
| Pathogénie et traitement du bubon chancereux de l'aine, par <i>W. Dubreuilh</i> | 380 |
| Granulome vénérien. Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien, par <i>W. Gennerich</i> | 380 |
| Deux cas de granulome ulcéreux des pays chauds, par <i>Tena</i> | 380 |
| Culture pure de l'agent du granulome vénérien, par <i>Martini</i> | 381 |
| Blennorrhagie rectale. Fréquence et pronostic de la blennorrhagie rectale au cours de la vulvo-vaginite infantile..., par <i>W. Wolfenstim</i> | 381 |
| Trachome gonococcique. Trachome et gonorrhée, par <i>M. Salzmann</i> | 381 |
| Traitement de la blennorrhagie uréthrale. Un traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urèthre antérieur, par <i>J. de Azua</i> | 381 |
| Traitement de la blennorrhagie par l'uranoblène (moyen chimico-thérapeutique), par <i>M. Villapadierna</i> | 382 |
| Traitement du rhumatisme blennorrhagique. Le salicylate de soude dans quelques complications de la blennorrhagie, par <i>Covisa</i> | 382 |
| Vaccinothérapie antigonococcique. Le traitement de l'arthrite blennorrhagique par le gonargin, par <i>H. Heden</i> | 383 |
| Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les vaccins gonococciques, par <i>Covisa</i> | 383 |
| Observations cliniques sur l'action de la vaccine gonococcique sur les arthrites blennorrhagiques chroniques, par <i>V.-P. Sémionov</i> | 383 |
| Sérothérapie et vaccinothérapie du rhumatisme blennorrhagique, par <i>G. Bonnamour</i> et <i>R. Salle</i> | 384 |
| Vaccination antigonococcique, par <i>Maublant</i> | 384 |
| Quelques remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique, par <i>A. Blumenthal</i> | 384 |
| Quelques considérations pratiques sur la sérothérapie antigonococcique, par <i>Giacomo Defne</i> | 384 |
| Étude clinique sur le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaisot, par <i>A. Weil</i> | 384 |

Voir la suite du sommaire à la page 3.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 1

- Azua.** Adeno-flemon de la region submaxilar. Tratamiento y curacion por la vacuna anti-estafilococica. *Actas dermo-sifilograficas*, oct.-nov. 14, p. 44.
- Balzer et Galliot.** Un cas de milium généralisé. *B. S. f. D.*, mars 14, p. 184.
- Balzer et Galliot.** Note sur un ganglion anormal du pénis. *B. S. f. D.*, juin 14, p. 323.
- Baumel et Mlle Giraud.** Un cas de lipomatose symétrique et généralisée. *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 23 janv. 14.
- Bloch.** Ueber Hautimmunität und Ueberempfindlichkeit. *Dermatologische Section der 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, Wien, 21-27 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 367.
- Bornstein.** Die Abderhaldensche Abbaureaktion. *D. W.*, 17 janv. 14, p. 73.
- Bourguet.** Correction chirurgicale des nez disgracieux sans cicatrices extérieures. *Paris médical*, 28 février 14, p. 310.
- Brodier.** L'enseignement d'Alibert. *Paris médical* (Chronique), 7 mars 14.
- Buschke et Matthisohn.** Symmetrische Lipomatosis. Uebersicht nebst Mittheilung von 2 Fällen, kombiniert mit Psoriasis und Arthritis. *A. f. D.*, juin 14, p. 537.
- Cadbury.** Dermatitis. with report of two cases. *Journal of the american medical Association*, 12 déc. 14, p. 2128.

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 3

- Favrot.** Contribution à l'étude des vergetures, leurs différents sièges, leur mode de production, leur nature. *Thèse*, Paris, 14.
- Firket.** Sur la persistance de nodosités inflammatoires consécutives à des injections de paraffine camphrée. *Académie royale de Médecine de Belgique*, 28 mars 14.
- Fox.** Bullous haemorrhagic lesions of the chest and arm following fracture of the skull. *N. Y. D. S.*, janv. 14. *J. of C. D.*, juin 14, p. 454.
- Frieboes.** Ueber sogenannte Melkerknotten (Kuppockeninfektion). *D. Z.*, avril 14, p. 310.
- Galimberti.** Emiatrofia facciale destra contemporanea ad emiatrofia dorsale del lato opposto. *Atti della quindicesima riunione della Società italiana di Dermatologia*, déc. 13. *G. I. M. V.*, mai 14, p. 309.
- Garibaldi.** Alterazioni congenita dell' ipofisi. *Atti della quindicesima riunione della Società italiana di Dermatologia*, déc. 13. *G. I. M. V.*, mai 14, p. 324.
- Glawtsche.** Nécrologie de Sir Jonathan Hutchinson. *Dermatologie (russe)*, mars 14, p. 328.

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 2

- Campana.** A proposito degli studii nelle vaccinazioni antiftiche. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, mai 14, p. 61.
- Carter.** Operations for the correction of deformities of the nose. *Medical Record*, 7 fév. 14, p. 237.
- Chevallier.** Sur un cas d'acroactylopathie hypertrophiante. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janv.-fév. 14, p. 3.
- Connolly.** Deformities of both external ears in a boy, aged 8. *P. S. of L., Otological Section*, 20 fév. 14, p. 42.
- Dalché.** Masculinisme régressif. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 10 juillet 14, p. 121.
- Dobrovici.** Sur la nature de l'adipose douloureuse. *B. S. f. D.*, avril 14, p. 220.
- Dore.** Case with subcutaneous nodosities for diagnosis. *P. S. of L., Dermatological Section*, 16 juillet 14, p. 287.
- Duhot.** Lipomatose symétrique héréditaire. *Écho médical du Nord*, 8 fév. 14, p. 61.
- Dyson.** A case for diagnosis. Pustular dermatitis of feet and scrotum. *Manchester Dermatological Society*, 14 nov. 13. *B. J. D.*, janv. 14, p. 31.

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 4

- Gottheil.** Case for diagnosis. Chronic dermatitis. *Manhattan Dermatological Society*, déc. 13. *J. of C. D.*, juin 14, p. 463.
- Grosz und Volk.** Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulide. Sensibilisierung der Haut durch Bakterienprodukte. *A. f. D.*, mai 14, p. 304.
- Hazen.** Verrucose dermatitis. *Southern medical Journal*, Mobile, Ala., sept. 14.
- Henning.** Ersatz der Nase. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft XI. Kongress*, Wien, 18-20 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 157.
- Hoffmann.** Kalkablagerungen in der Haut. *Gesellschaft der Charitéärzte*, Berlin, 5 mars 14. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 23 juil. 14, p. 1516.
- Hoffmann.** Kalkablagerungen in der Haut. *Gesellschaft der Charitéärzte*, 5 mars 14. *Berliner klinische Wochenschrift*, 4 mai 14, p. 851.
- Hutchison.** Hypertrophy of the gums. *P. S. of L., Section for the Study of Disease in Children*, 11 déc. 14, p. 30.
- Isaac.** Vorstellung eines Falles von Trommelschlägerverdickung an den Endphalangen der Finger und Zehen. *B. D. G.*, 13 janv. 14. *D. Z.*, avril 14, p. 339.

| | |
|---|-----|
| Maladies vénériennes dans l'armée. Ce qui se fait au siège du 3^e Corps d'armée pour la prophylaxie des maladies vénériennes, par A. Pasini. | 384 |
| Prophylaxie et traitement des maladies vénériennes en temps de guerre, par F. Balzer. | 385 |
| La prophylaxie antivénérienne par les administrations civiles et militaires, par F. Balzer. | 385 |
| Fonctionnement d'un service des maladies cutanées et vénériennes dans une ambulance, par E. Bodin. | 386 |
| Prophylaxie et traitement de la syphilis aux armées, par E. Bodin. | 386 |
| A propos de la prophylaxie des maladies vénériennes autres que la syphilis, par Alex. Renault. | 387 |

NÉCROLOGIE

| | |
|--------------------------------|-----|
| TH. COLCOTT FOX. | 387 |
| WILLIAM ALLAN JAMIESON. | 388 |

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 5

- Julien.** Contribution à l'étude chimique du vernix caseosa. *A. d. D.*, juil. 14, p. 408.
- Kingsbury.** Atheroma multiplex. *Manhattan Dermatological Society*, déc. 13. *J. of C. D.*, juin 14, p. 464.
- Kyrle.** Genitalunterentwicklung bei Knaben und Hautkrankheiten. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft XI. Kongress*, Wien, 18-20 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 163.
- Lewandowsky.** Ueber Hautimmunität bei Tuberkulose. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft XI. Kongress*, Wien, 18-20 sept. 13. *A. f. D.*, mai 14, p. 103.
- Little.** Case of multiple symmetrical painful fatty tumours with pigmentation. *P. S. of L., Dermatological Section*, 16 juil. 14, p. 267.
- Loumeau.** A propos des moulages de Baretta. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 3 déc. 13. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1^{er} fév. 14, p. 86.
- MacLeod.** Case of superficial ulcerations due to chalk-stones. *P. S. of L., Dermatological Section*, 16 juil. 14, p. 282.

DERMATOLOGIE (GÉNÉRALITÉS) — 1914 — 1

- Asahi et Murasowa.** Statistische Untersuchung der Hautgeschwülste in unsere Klinik während sieben Jahre. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, avril 14, p. 304.
- Bettmann.** Einführung in die Dermatologie. Die Diagnostik der Hautkrankheiten. Wiesbaden, 14.
- Bettmann.** Einführung in die Dermatologie. Die praktische Bedeutung der Hautkrankheiten. Wiesbaden, 14.
- Costa di Gioacchino.** Alcune alterazioni della cute e d'altri organi originali nella morfologia e corso studiate e descritte. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, mai 14, p. 63.
- Dore.** Note on terminology. *B. J. D.*, nov. 14, p. 409.
- Evans.** The diseases of the skin. Londres, 14.
- Hazen.** Personal observations on two thousand cases of skin disease in the negro. *American dermatological Association*, 14-16 mai 14. *Journal of the American medical Association*, 20 juin 14, p. 1989.
- Jaime.** Orientaciones actuales de estetica dermatologica. *Horta*, Barcelone, 14.
- Lucas.** Atlas et notes de dermatologie, vénéréologie et modifications pathologiques de colorations. Paris, 14.

DERMATOLOGIE (DIVERS) — 1914 — 6

- Mentberger.** Mann mit Cutis laxa oder besser Cutis elastica. *Strassburger Dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. *A. f. D.*, Berichtteil, avril 14, p. 893.
- Millan.** Pierres de peau. *Paris médical*, 7 mars 14, p. 353.
- Moore.** Abnormal overgrowth of nose (bulbous) in a child aged two. *P. S. of L., Laryngological Section*, 6 nov. 14, p. 6.
- Nanta.** Deux nouveaux cas de lymphodermies. *A. d. D.*, janv. 14, p. 49.
- Napoli (de).** L'opera del medico in Libia a proposito delle [malattie venereo-sifilitiche e cutanee predominanti nell'] oasi di Tripoli e sue dipendenze. *Giornale di Medicina militare*, 28 fév. 14, p. 94.
- Neugebauer.** Säureverätzungen, Kalkverätzungen, etc. *W. D. G.*, 21 janv. 14. *A. f. D.*, Berichtteil, juin 14, p. 17.
- Nobl.** Fall von Eruptionsikterus. *W. D. G.*, 21 janv. 14. *A. f. D.*, Berichtteil, juin 14, p. 18.
- Nobl.** Systemisierte Dermatose lineärer Anordnung. *W. D. G.*, 49 fév. 14. *A. f. D.*, Berichtteil, juin 14, p. 28.

DERMATOLOGIE (GÉNÉRALITÉS) — 1914 — 2

- Millan et Burnier.** La dermatologie en 1914. *Paris médical*, 7 mars 14, p. 321.
- Morris.** The internal secretions in relation to dermatology. *Monthly Cyclopaedia and medical Bulletin*, janv. 14, p. 14.
- Nobl.** Sektion für Dermatologie und Syphilis der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Wien, 21-28 september 1913. *D. W.*, 3 janv. 14, p. 9.
- Nobl.** Sektion für Dermatologie und Syphilis der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Wien, 21-28 sept. 1913. *D. W.*, 10 et 17 janv. 14, p. 50 et 78.
- Pollitzer.** Report of the Committee on statistics of the American Dermatological Association. *J. of C. D.*, avril 14, p. 312.
- Ravogli.** Present status of medicine and dermatology in Japan. *Lancet-Clinic*, Cincinnati, 18 avril 14.
- Ricker und Schwalb.** Die Geschwülste der Hautdrüsen. Berlin, 14.
- Schamberg, Rainger, Raiziss a. Kolmet.** Concerning protein metabolism in diseases of the skin. *B. J. D.*, mai 14, p. 192.
- Sowade.** Sammelreferat aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie (1 und 1 Vierteljahr 1913). *Zentralblatt für innere Medizin*, 17 janv. 14, p. 67.
- Sutton.** The future of dermatology in America. *Journal of the American medical Association*, 11 juil. 14, p. 433.

7, D.

Unter-
re Kli-
ne Zeit-
7, avril

tologie.
Wiesba-

tologie.
ankhei-

erazioni
i nella
tto. Cl.
rsità di

nov. 11,

res, 11.

ousand
merican
A. Jour-
tion, 11

tica der-

e, véné-
ques de

en 1911.

lation to
1 medical

Syphilis
rforscher
1913. D

Syphilis
rforscher
J. D. W.,

ne on sta-
cal Asso-

and der-
ncinnati.

ulste der

Kolmer.
diseases

ibiete der
(1 und 1
nnere Me-

in Ame-
rical Aus-

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LA RADIOTHÉRAPIE

Par le Dr L. Brocq.

I

Le titre de cet article était primitivement : *L'assainissement de la radiothérapie*. Je ne l'ai pas conservé. Il m'a paru qu'il était agressif, et je ne veux pas faire œuvre de polémique. Je n'attaque et ne critique personne; je pense seulement que l'heure est venue d'orienter vers une extrême prudence l'emploi thérapeutique des rayons X et du radium, et je crois qu'il est de mon devoir de faire connaître à la grande masse des praticiens les *indications réelles* et les nombreuses contre-indications de ces agents redoutables.

Je ne suis pas suspect d'hostilité à leur égard. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire la préface qu'en 1904 j'ai écrite pour le si remarquable *Traité de radiothérapie* de mon distingué élève et ami M. le Dr Belot, depuis lors devenu un maître. Voici comment elle débute : « La radiothérapie est née d'hier, et elle a déjà pris un essor vraiment extraordinaire. Elle domine, en ce moment, la thérapeutique dermatologique. » Comme enthousiasme, c'est assez complet. Je n'ai pas tardé à en rabattre. L'observation de nombreux malades qui ont été traités par ce procédé dans mon service, et d'autres qui avaient été traités soit dans les autres hôpitaux, soit en ville, m'a prouvé assez vite que, si l'on obtenait avec ces agents d'incontestables succès, il survenait assez souvent des accidents regrettables.

J'en suis donc arrivé depuis plusieurs années, quoique je sois sans contester un des premiers en France à avoir préconisé cette méthode thérapeutique, j'en suis arrivé, dis-je, à en déplorer les excès.

A chaque instant je vois des malades qui ont des radiodermites graves consécutives à des applications de rayons X qu'il n'était nullement nécessaire de faire. J'entends des doléances et des récriminations, et je finis par craindre que ces agents, si remarquables à tant d'égards, ne subissent sous peu le même sort que le cautère ou le vésicatoire, qu'après avoir joui d'une vogue immodérée, ils ne tombent dans le discrédit le plus injuste.

On ne doit pas se faire d'illusions; ce qui restera surtout des rayons X

c'est une merveilleuse méthode d'exploration des organes internes ; voilà qui est absolument intangible : on pourra perfectionner encore les procédés, mais on sera probablement toujours obligé d'employer la radioscopie et la radiographie en chirurgie et en médecine comme un incomparable moyen de diagnostic.

Quant à leur utilisation comme agents thérapeutiques, c'est beaucoup plus discutable. Notre conviction absolue est qu'ils sont parfois de la plus grande utilité, et même qu'à l'heure actuelle rien ne peut les remplacer dans le traitement de certaines affections.

Mais, si on ne prend pas de sérieuses mesures pour éviter les accidents auxquels nous avons fait allusion, il est à craindre que le grand public médical et à sa suite les malades ne le frappent d'ostracisme.

Ceux qui ne connaissent pas à fond une méthode thérapeutique, et surtout ceux qui en ignorent totalement le maniement ont en effet une tendance instinctive tout d'abord, dès qu'on la fait connaître, à avoir en elle une foi absolue, puis, si elle donne quelques mécomptes, à l'accabler et à la laisser complètement de côté. Nous craignons qu'on n'en arrive bientôt à cette dernière phase pour la radiothérapie.

Il nous faut faire sérieusement notre examen de conscience, reconnaître loyalement nos excès et nos erreurs, mais proclamer aussi bien haut nos bons résultats.

Je sais bien que la plupart des radiothérapeutes soutiennent qu'ils n'ont que peu ou point d'accidents, qu'ils ne les ont jamais constatés chez leurs clients et qu'on ne saurait accuser la méthode de ce qui n'est dû qu'à sa mauvaise application par des ignorants et des novices.

J'ai le profond regret de ne pas être de leur avis. Certes la plupart des radiodermites et des radiumdermites graves que j'ai observées depuis plus de 12 ans étaient l'œuvre d'opérateurs inexpérimentés ; mais, qu'on ne s'y trompe pas ! j'en ai vu aussi chez des malades qui n'avaient été traités que par des maîtres de la méthode.

Une autre tendance des radiothérapeutes de profession est, à l'heure actuelle, de déclarer que les accidents dont nous parlons ont été souvent observés lorsqu'on n'employait pas les filtres dont on se sert maintenant toutes les fois que l'on ne traite pas des lésions cutanées très superficielles. Ils semblent être convaincus que l'emploi des filtres a supprimé et supprimera toutes les radiodermites.

Voici comment s'exprime M. le Dr Arcelin dans un article récent sur les phénomènes cutanés tardifs dus à la radiothérapie (1) : « A la suite des beaux travaux de M. Guilleminot et de M. Belot sur la filtration, nous savons faire parvenir aux parties profondes de l'organisme, en utilisant des filtres d'aluminium dépassant 3 millimètres d'épaisseur,

(1) Rapport présenté au VII^e congrès international d'électrologie et de radiologie médicales : *Journal de radiologie d'électrothérapie*, août 1945, p. 601.

une quantité égale ou supérieure de rayons X, tout en diminuant la dose absorbée par la peau. Je ne doute pas que dans l'avenir les accidents cutanés tardifs ne deviennent plus rares et disparaissent. Les beaux travaux de MM. Nogier et Regaud, sur la filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium, ouvrent des horizons nouveaux à la röntgenthérapie. Pratiquement, lorsque nous avons à traiter une lésion profonde, située au-dessous d'une peau normale, que ce soit un ganglion, une rate, un utérus, ou tout autre organe, nous savons faire pénétrer les doses utiles jusqu'à ces organes profonds, tout en évitant de faire absorber à la peau des doses dangereuses dans le présent et dans l'avenir. »

Il est certain que ce qui précède est du plus haut intérêt, et que les filtres permettent d'éviter une bonne partie de ces accidents. Mais c'est une erreur de soutenir que, depuis qu'ils sont entrés dans l'usage courant, on n'en observe plus. Et d'ailleurs la plupart des radiodermites graves que nous avons vues n'étaient pas consécutives au traitement d'affections d'organes profonds, mais d'affections cutanées.

Les filtres constituent un sérieux progrès au point de vue qui nous occupe, et l'on ne saurait trop en préconiser la généralisation même quand il s'agit de dermatoses. Mais les praticiens peu au courant du maniement des rayons X ne doivent pas avoir en eux une confiance aveugle.

Il faut espérer aussi que de nouvelles ampoules perfectionnées permettront d'éviter les accidents dans la majorité des cas.

Il n'en est pas moins vrai qu'il nous paraît prudent de reviser et de discuter à fond les indications et les contre-indications de la radiothérapie pour l'asseoir sur des bases qui ne puissent donner prise à l'ignorance ou au parti pris.

II

Je n'ai pas à décrire ici ni les rayons X, ni la manière de les appliquer. Tous les médecins connaissent ces agents; mais ils ne sont peut-être pas assez convaincus de leur extraordinaire puissance et de la difficulté de leur maniement.

Certes ils savent pour ainsi dire tous que, s'ils les appliquent pendant trop longtemps, et surtout sans se servir de filtres, ils peuvent désorganiser les tissus sans que le patient ait éprouvé la moindre douleur pendant l'opération; mais ce qu'ils savent moins, c'est qu'outre leur pouvoir de destruction immédiat, ils possèdent la propriété singulière de troubler de telle manière la vitalité des tissus que, lorsqu'on en a fait un certain nombre d'applications successives sur la même région, il peut survenir en ces points très tardivement, des mois et même des

années après la dernière de ces applications, des accidents tardifs, imprévus pour le malade, déconcertants pour le médecin, *inéluctables*, qui s'installent peu à peu, et qu'il est extrêmement difficile de modifier et de guérir.

Voilà ce que les radiothérapeutes de profession savent fort bien et ce que tous les médecins doivent maintenant savoir.

Est-il possible de prévoir et de prévenir ces accidents ? Certes oui dans une certaine mesure : il est sûr que, lorsqu'on se conforme strictement aux règles connues, *lorsqu'on évite soigneusement de trop répéter les applications sur la même région*, lorsqu'on utilise intelligemment les filtres, on a beaucoup plus de chance de ne pas les voir se produire : mais parfois, comme nous l'avons dit plus haut, ils se développent même chez des sujets qui ont été traités par des opérateurs d'une habileté consommée.

Or on ne doit jamais oublier que la première loi de la thérapeutique est de ne pas nuire au malade ; on ne doit intervenir que lorsqu'on est sûr que le résultat que l'on obtiendra ne sera pas pire que le mal que l'on a à traiter.

Il est donc loisible d'utiliser les rayons X quand ils constituent un moyen thérapeutique infiniment supérieur comme commodité et comme efficacité à tous les autres traitements connus, et quand on peut obtenir le résultat désiré avec un nombre de séances tellement restreint que les chances d'accidents tardifs soient réellement réduites au minimum.

Il est sage en outre, avant d'instituer cette médication, de faire connaître, dans la mesure du possible, au sujet l'état réel de la question, de lui exposer toutes les conséquences possibles des applications de rayons X, afin qu'il décide s'il veut, oui ou non, courir les risques de cette médication.

D'autre part on doit résolument avoir recours aux rayons X quand il n'existe pas d'autre bonne méthode de traitement, et quand la nature du mal à soigner est telle que la possibilité d'apparition de radiodermites tardives est négligeable comparativement aux conséquences qu'entraînerait l'évolution de la maladie. *C'est dire que, lorsqu'il s'agit d'une affection des plus graves comme le cancer, on est autorisé à les employer sans troubler le malade en lui parlant de la possibilité d'apparition d'accidents tardifs* : on doit seulement en prévenir l'entourage en lui faisant connaître toute la gravité du mal et en lui exposant qu'une survie vaut bien la peine que l'on coure quelques risques.

Tels sont les principes directeurs qui doivent nous guider dans l'appréciation impartiale et raisonnée des indications et des contre-indications de la radiothérapie dans les principales affections cutanées.

Il est bien entendu que, dans ce qui va suivre, nous ne nous occupons que des dermatoses dans lesquelles l'emploi des rayons X peut être

soutenu avec quelque apparence de raisons. Nous laisserons de côté systématiquement toutes les autres. Quand nous voyons, par exemple, préconiser la radiothérapie dans l'impétigo de Tilbury Fox que des pansements bien faits font disparaître en quelques jours, cela nous paraît tellement monstrueux que nous ne pouvons y prêter la moindre attention.

PREMIÈRE PARTIE

A. — Affections parasitaires.

Est-il utile de déclarer que nous croyons tout à fait illogique de songer à traiter par les rayons X une dermatose causée par des parasites animaux ? Il est d'ailleurs juste de reconnaître que les partisans les plus aveugles de ce procédé thérapeutique n'ont pas encore songé à le faire. Mais il n'en est pas de même pour les dermatoses causées par les parasites végétaux, et tout d'abord ici se pose l'importante question du traitement des diverses teignes par la radiothérapie.

Les vieux dermatologistes admettaient trois grandes variétés de teignes causées par les parasites végétaux : la trichophytie ou teigne tondante, le favus, la pelade.

I. — TEIGNE TONDANTE. — On sait que depuis les belles recherches de M. le Dr Sabouraud on ne doit plus dire la trichophytie, mais les trichophyties et les teignes microsporiques : ces distinctions si intéressantes au point de vue scientifique n'ont que fort peu d'importance au point de vue thérapeutique. Quelle que soit la variété de champignon à laquelle on ait affaire, c'est presque toujours la même médication que l'on doit instituer.

Dès la découverte des rayons X et de leurs propriétés dépilantes on a songé à les utiliser pour faire tomber les poils au niveau des régions atteintes par les trichophyton ou les microsporons : comme ces parasites habitent pour ainsi dire exclusivement le poil, il était rationnel d'espérer guérir ces affections en éliminant tous les follicules pileux. D'ailleurs une longue expérience thérapeutique avait convaincu les vieux auteurs que l'épilation à la pince constituait le moyen le plus puissant que l'on possédât de combattre ces affections, et l'on doit reconnaître que l'épilation à la pince est beaucoup moins complète que celle que peut donner la radiothérapie.

Le succès a confirmé ces prévisions, et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle l'épilation par les rayons X est considérée par la presque totalité des dermatologistes et des médecins comme le traitement de choix des teignes tondantes. Il est incontestable qu'il est de beaucoup

le moins douloureux, le plus efficace, le plus rapide. Ajoutons qu'à l'heure actuelle il est parfaitement réglé et que, lorsqu'on a affaire à un opérateur soigneux, connaissant bien ses appareils, observateur strict des règles édictées, tout se passe admirablement bien. Il n'y a pas de réactions immédiates trop vives : les cheveux tombent après une seule application.

Mais il peut y avoir des accidents : si les conditions que nous venons d'énumérer ne sont pas remplies, il peut se produire des alopecies définitives. Et voici une des faces de la question. Est-il logique de s'exposer à laisser des alopecies définitives pour traiter une maladie qui guérit spontanément sans aucune alopecie quand l'enfant arrive à l'adolescence ?

Si l'on veut envisager froidement, sans parti pris, et en se dégageant des idées en cours, la question du traitement des teignes tondantes du cuir chevelu des enfants, on s'aperçoit que l'on a vraiment attaché beaucoup trop d'importance à ces affections. Il serait bien possible que, dans un avenir plus ou moins prochain, on se contentât d'isoler les teigneux dans des écoles spéciales, les cheveux coupés courts, la tête savonnée tous les jours et les plaques touchées à l'iode ; sans infliger aux enfants des traitements pénibles, ou délicats à instituer, voire dangereux, pour une affection qui en somme doit guérir toute seule.

Mais nous n'en sommes pas encore là ; avec la mentalité actuelle nous devons soigner les teigneux, et j'ajoute que nous devons recourir pour cela aux rayons X, mais à la condition expresse de ne faire exécuter ces applications que par des hommes très soigneux, très consciencieux, fort compétents. On doit par contre engager les médecins peu au courant des méthodes radiothérapiques à ne jamais traiter les teignes par ces agents.

D'ailleurs ils encourent en le faisant les plus graves responsabilités morales et même matérielles.

II. — FAVUS. — Lorsqu'on a commencé à traiter les favus à godets par les rayons X, on s'est aperçu qu'après une dépilation complète la maladie reparaissait. Il n'y a là rien d'étonnant puisque l'on sait depuis longtemps que l'achorion n'est pas exclusivement cantonné dans le poil. Mais cette constatation refroidit le zèle des radiothérapeutes et l'on eut de la tendance à déclarer que les rayons X étaient merveilleux dans les teignes tondantes, inefficaces dans les favus à godets.

Nous croyons devoir protester contre une opinion aussi simpliste.

Certes une épilation par les rayons X ne guérit pas le favus, mais cette épilation est un des stades nécessaires du traitement de cette affection. Effectuée à la pince elle est longue, douloureuse, et presque toujours incomplète. Il est hors de doute que l'épilation par les rayons X est infiniment préférable. Ce qu'il faut, c'est être persévérant, ne pas s'en tenir les bras croisés à cette seule épilation, combiner avec

elle l'emploi des divers topiques préconisés pour le favus, faire, après cette première épilation générale, des épilations ultérieures partielles des points de récurrence avec la pince à épiler, au besoin pratiquer, en s'entourant de toutes les précautions voulues, une deuxième épilation par les rayons X.

Certes on doit, même quand il s'agit de favus, s'efforcer d'éviter les radiodermes. Mais au fond il est certain que les rayons X sont dans cette affection infiniment plus indiqués que dans les teignes tondantes. On sait que celles-ci, sauf dans les cas de trichophyton pyogène, ne causent jamais d'alopecies définitives ; il faut donc avant tout se garder d'en provoquer avec les rayons X. Le favus au contraire est une maladie qui évolue d'une manière presque constante vers l'alopecie définitive avec atrophie cicatricielle du cuir chevelu. On est donc dans une certaine mesure autorisé à employer pour la guérir un moyen thérapeutique qui, lorsqu'il est mal appliqué, peut laisser des alopecies irrémédiables. Ce qui ne veut pas dire encore une fois que l'on ne doive pas prendre toutes les précautions voulues pour ne pas avoir de semblables accidents.

III. — PELADES. — Nous écrivons pelades au pluriel et non pas seulement pelade au singulier, car nous ne sommes pas du tout convaincu qu'il existe une seule entité morbide vraie à laquelle on puisse réserver le nom de pelade.

S'il faut dire toute notre pensée, nous estimons que cette épineuse question des pelades est encore bien loin d'être résolue, et il nous semble que ceux qui s'efforcent de l'élucider perdent constamment de vue certaines des données essentielles du problème.

Nous ne sommes pas très sûr pour notre part que l'idée d'un microbe ayant une certaine influence pathogène doive être définitivement écartée de l'histoire clinique et étiologique des pelades.

Il est un fait clinique majeur dont en ce moment on ne paraît pas tenir grand compte, c'est la forme de la plaque typique de pelade, son extension graduelle et géométrique, sa ressemblance frappante avec les alopecies dites peladiformes qui se produisent chez certains sujets à la suite d'impétigos et de furoncles du cuir chevelu.

On a beau torturer les faits cliniques et l'anatomie topographique, ces caractères objectifs ne cadrent nullement avec l'hypothèse d'une trophonévrose pure et simple. Ils sont au contraire tout à fait en faveur de l'existence d'une infection microbienne quelconque qui, ayant pour point d'inoculation un point initial central, produirait l'alopecie périphérique extensive en tache d'huile, soit par le microbe lui-même, soit par ses toxines.

Cette impression clinique est tellement forte que, dès les débuts de la dermatologie précise et scientifique, les pelades furent d'emblée rangées parmi les teignes. Il a fallu les échecs retentissants des

recherches mycologiques et microbiennes modernes, l'impossibilité de trouver des cas de contagion indiscutables de ces affections, les insuccès des inoculations tentées par le regretté Jacquet, pour que le grand public médical en arrivât à adopter les théories trophoneurotiques de la pelade, et encore ne le fait-il qu'à contre-cœur.

Mais comment serait-il possible de concilier les résultats que nous venons de schématiser avec une théorie microbienne des pelades ?

L'histoire du furoncle, si on veut bien l'analyser avec quelque méthode, nous ouvre à cet égard d'intéressants horizons. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur les faits suivants que démontre la clinique.

Le furoncle peut provenir parfois d'une inoculation directe du staphylocoque doré au point où il va se développer. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'analyse serrée des faits montre qu'il y a des sujets dont la peau est infectée en permanence par le microbe pathogène du furoncle, et ce microbe n'entre en activité que lorsque certaines conditions de terrain se réalisent : infections ou fermentations gastro-intestinales, fatigues, émotions, surmenage nerveux, conditions défectueuses d'habitat et de climat, etc... Il n'est pas inutile de rappeler ici que le staphylocoque doré peut causer des alopecies géométriques absolument identiques comme aspect à celles des pelades vulgaires (alopecie post-furonculeuse) (1).

N'y aurait-il pas lieu d'invoquer pour les pelades une pathogénie analogue ?

Certes il pourrait y avoir des cas où un microbe quelconque, staphylocoque, streptocoque, coccus polymorphe à culture grise, peut-être même microbaille de la séborrhée, venant d'une autre personne déterminerait chez un sujet donné une alopecie peladiforme, mais il est plus que probable que ces mêmes microbes, ou l'un d'eux, ou une de leurs associations, existant déjà chez le sujet, peuvent, dans certaines conditions de modifications du milieu, provoquer les alopecies dont nous parlons.

Ce n'est évidemment qu'une hypothèse et nous n'avons nullement l'intention d'y attacher plus de valeur qu'elle peut en avoir : nous

(1) Il convient d'ajouter que, pour M. le Dr Sabouraud, l'alopecie peladiforme périfuronculeuse ne saurait être identifiée à l'alopecie peladique, parce que dans l'alopecie furonculeuse il y a des phénomènes inflammatoires premiers qui à eux seuls expliquent la chute du poil. Cette explication semble au premier abord satisfaisante : elle ne l'est pas cependant, car beaucoup de furoncles du cuir chevelu et de la nuque ne s'accompagnent pas d'alopecie périphérique : on ne l'observe pour ainsi dire jamais dans les énormes anthrax de la nuque où les phénomènes inflammatoires sont des plus intenses. Il y a donc autre chose que la réaction inflammatoire dans l'alopecie périfuronculeuse. Et en effet on la voit parfois se produire très étendue à propos d'un minuscule furoncle, ou même d'un simple impétigo du cuir chevelu.

nous permettrons cependant de faire remarquer qu'elle est la seule de toutes celles qui ont été formulées jusqu'ici à propos des pelades qui tienne compte de la plupart des données cliniques et expérimentales du problème.

On a essayé de faire de la pelade une affection d'origine nerveuse : on a successivement incriminé l'action pathogène de la carie dentaire, des troubles digestifs, de diverses infections telles que la syphilis, etc... Jacquet a édifié sa théorie des sommations peladogènes. Tout cela renferme une part de vérité, mais une part seulement.

Il semble que, dans beaucoup de cas, il y ait une préparation du terrain qui facilite l'évolution des pelades et, parmi ces causes prédisposantes, on doit citer les affections dentaires, le surmenage et surtout le surmenage nerveux, la syphilis, les auto-intoxications diverses jusques et y compris la goutte, etc... etc... Aussi avons-nous pu assimiler les alopecies peladiques à nos réactions cutanées. Mais on ne saurait ainsi expliquer les allures cliniques des pelades : tout s'éclaire au contraire si l'on admet l'intervention première d'un microbe banal et de ses toxines jouant le rôle de cause déterminante.

En somme nous en revenons à la théorie première de M. le Dr Sabouraud, mais amendée par une très large (nous dirions même par une capitale) intervention du terrain.

Dans ces conditions que peut faire la radiothérapie dans les alopecies peladiques ?

Nous avouons bien franchement ne pas le voir. Nous savons qu'on a publié des cas de guérison de pelades rebelles par les rayons X. Mais n'a-t-on pas guéri des pelades rebelles par tous les moyens possibles, y compris l'expectation ? Quant à nous nous n'avons pas observé de résultats extraordinaires dans les cas qui ont été ainsi traités dans notre service.

Théoriquement nous ne comprenons pas comment un procédé de déglabration peut-être un procédé de repousse des poils : mais cette objection a été combattue avec force par les radiothérapeutes, et nous n'y insistons pas (1); nous nous bornerons à faire remarquer que l'immense majorité des cas de pelade guérit sans que l'on ait besoin d'employer ce procédé, et que, dès lors, on ne doit pas s'exposer à causer des alopecies irrémédiables pour guérir une affection qui, dans presque tous les cas, ne laisse pas d'alopecie définitive.

Il n'y aurait que dans les pelades décalvantes datant de plusieurs années, et ayant résisté à tous les traitements rationnels, que l'on serait à la rigueur autorisé à faire de la radiothérapie, à l'expresse condition toutefois de prendre toutes les précautions voulues pour éviter les radiodermites récentes et surtout tardives.

(1) Voir BÉLOT, *Traité de radiothérapie*, p. 347 et suivantes.

B. — Affections microbiennes proprement dites.

Les principales affections microbiennes dans lesquelles on a préconisé les rayons X sont :

- I. *La lèpre.*
- II. *La tuberculose et surtout les lupus :*
 - A) *lupus vulgaire,*
 - B) *lupus érythémateux.*
- III. *Le bouton d'orient.*
- IV. *Les acnés. Les folliculites.*
- V. *Les verrues.*

I. — LA LÈPRE. — D'assez nombreux dermatologistes ont traité par les rayons X les manifestations cutanées de la lèpre. Cette pratique ne nous paraît pas recommandable, du moins d'une manière générale.

Les lépreux ne consultent d'ordinaire le médecin que lorsque l'infection générale de l'organisme est déjà effectuée. Que peuvent faire dès lors pour la guérison de cette affection des applications de rayons X sur des tubercules lépreux ? C'est s'exposer bien gratuitement aux accidents des rayons X sans grand bénéfice pour le malade.

D'ailleurs, d'après notre expérience personnelle, l'action des rayons X sur les manifestations cutanées de la lèpre est extrêmement variable selon les sujets. Dans les cas favorables ils nous ont paru agir comme dans les lupus en provoquant l'atrophie cicatricielle de la peau.

On n'est autorisé, ce nous semble, à employer ce procédé thérapeutique que lorsqu'il s'agit de lésions cutanées très accentuées, constituant d'horribles difformités comme dans le léontiasis par exemple, et lorsqu'il est bien prouvé que les autres médications (séjour dans un pays sain, huile de chaulmoogra, eucalyptol, acide phénique, etc...) destruction directe des tubercules par l'électro-cautère, etc...) ne donnent aucun résultat satisfaisant.

On pourra dans ce cas, après avoir prévenu le sujet de toutes les conséquences possibles de la médication, et en s'efforçant d'éviter les radiodermites tardives, agir avec la radiothérapie.

II. — LUPUS. — Il convient de discuter séparément les deux questions du lupus vulgaire et du lupus érythémateux.

A. — *Lupus vulgaire.* — Depuis nombre d'années nous ne traitons plus en ville de lupus vulgaires : mais nous en traitons toujours un grand nombre dans notre service de l'hôpital Saint-Louis. Ce fait tient à deux causes : la première et la plus importante est que les lupus sont maintenant beaucoup mieux connus qu'autrefois de la masse des praticiens, que les malades aisés se soignent dès qu'ils s'aperçoivent de l'apparition du moindre phénomène anormal du côté

de leurs téguments. En ville on ne voit donc presque plus de lupus vulgaire au début : on les traite tout de suite par l'ablation large ou par la photothérapie : on ne les laisse plus évoluer. La deuxième cause de l'absence des lupiques dans notre clientèle de ville, c'est que le public *ne veut plus* des scarifications linéaires quadrillées; il *ne veut plus* avoir recours qu'à la Finsenthérapie ou à la radiothérapie.

Les motifs de la grande vogue de ces deux méthodes sont les suivants : ce sont les dernières qui ont été mises en honneur; elles ont encore le mérite d'une certaine nouveauté; elles sont à la mode; et puis, et surtout, leur application n'est pas douloureuse; je dis *leur application*, et cela suffit au malade, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne causent jamais de douleurs pendant les jours qui suivent leur application : dans certains cas même, tout compte fait, elles provoquent plus de douleurs que les scarifications, lesquelles, comme on le sait, sont douloureuses au moment même où on les fait, mais ne provoquent ensuite aucune souffrance.

Nous ne pouvons donc parler de notre expérience personnelle de la ville à propos du traitement du lupus vulgaire par la radiothérapie, puisque nous n'employons pas ce procédé dans notre cabinet, mais par contre nous pouvons parler de fort nombreux cas de lupus traités ainsi par d'autres médecins, soit en ville, soit dans notre service à l'hôpital, soit dans d'autres services hospitaliers, et que nous avons eu l'occasion d'observer. Notre expérience à cet égard vient de s'accroître encore pendant la guerre où de nombreux lupiques traités par des médecins mobilisés sont venus nous consulter à Saint-Louis.

Or, ce que nous avons vu nous permet de déclarer de la manière la plus formelle que le traitement du lupus vulgaire par la radiothérapie seule et par la radiumthérapie seule est dans la majorité des cas un traitement peu recommandable, qu'il doit être abandonné en tant que méthode unique, et que l'on n'est autorisé à employer ces agents contre le lupus vulgaire que dans certaines circonstances que nous allons préciser.

On a utilisé les rayons X contre le lupus vulgaire de deux manières : a) ou bien à l'exclusion de tout autre procédé thérapeutique, b) ou bien combiné avec d'autres méthodes, en particulier avec les scarifications linéaires quadrillées, comme nous l'avons fait avec M. le Dr Belot à l'hôpital Saint-Louis.

a) *Emploi exclusif des rayons X dans le lupus vulgaire.*

Les rayons X n'ont pas d'action élective sur le bacille de la tuberculose; ils n'en ont pas non plus sur le tubercule du lupus vulgaire : ils n'agissent dans cette affection qu'en détruisant les tissus cutanés, en faisant disparaître tous les éléments nobles, les poils, les glandes, et en provoquant la formation d'un tissu de cicatrice plus ou moins aminci suivant les cas, presque toujours déprimé et d'aspect atrophique,

d'un jaune blanchâtre ou brunâtre, ou bigarré, presque toujours parsemé de grosses télangiectasies.

Nous ne parlerons pas ici des craintes de transformation épithélio-mateuse de ces cicatrices, craintes qu'ont formulées certains auteurs des plus consciencieux à l'étranger, car des radiothérapeutes français se sont tout récemment élevés contre ces affirmations. Nous nous bornerons à dire que nous croyons ces transformations possibles : mais nous insistons tout particulièrement sur la laideur de la cicatrice laissée par la radiothérapie dans le lupus vulgaire.

Ce procédé nous paraît donc ne pouvoir être utilisé que dans les régions où la question de la beauté de la cicatrice est de minime importance comme le lobule de l'oreille chez la femme, car elle peut le dissimuler sous ses cheveux, comme les parties couvertes des membres et du tronc : or, même en ces régions, les procédés de choix ne sont pas la radiothérapie, mais l'ablation chirurgicale quand elle est possible et, quand elle est impossible, le raclage chirurgical avec cautérisation immédiate consécutive.

b) Il semble cependant que dans certains cas de lupus vulgaire fort turgide du nez et de la lèvre supérieure, les rayons X puissent rendre quelques services et voici comment.

Quand on a commencé à traiter ces lupus par des scarifications linéaires quadrillées, et qu'on s'aperçoit que les résultats se font attendre, on obtient une diminution notable de l'infiltration des tissus en faisant toutes les 2 ou 3 semaines, immédiatement après la séance hebdomadaire de scarifications, une séance de radiothérapie aux doses moyennes de 4 à 5 H, avec un millimètre de filtre ; mais il ne faut pas continuer trop longtemps cette méthode mixte. Il convient, après 4 ou 5 séances, de cesser la radiothérapie. Si l'on multiplie trop les séances, on finit par avoir des cicatrices vicieuses déprimées, criblées de grosses télangiectasies. Cependant je répète qu'il nous a semblé, à M. le Dr Belot et à moi, avoir beaucoup abrégé la durée du traitement de certains lupus du nez en employant cette méthode mixte. J'ajoute que, même en prenant toutes les précautions voulues, la cicatrice ainsi obtenue est moins belle que lorsque l'on n'a employé que les scarifications ou la photothérapie.

B. — *Lupus erythémateux*. — Nous avons observé de véritables désastres chez des sujets qui avaient été traités par les rayons X pour du lupus érythémateux.

Au premier abord il semble cependant que la radiothérapie doive constituer pour cette affection un traitement de choix. Le lupus érythémateux dans ses formes vulgaires évolue en effet spontanément vers la guérison par l'atrophie cicatricielle du derme. Il paraît tout naturel de demander aux rayons X de précipiter cette évolution naturelle.

Et de fait nous croyons que, si l'on avait la sagesse de s'en tenir pour traiter cette affection par cette méthode à quelques séances de moyenne intensité par région, on devrait n'en retirer que de bons effets.

Mais il n'en est pas ainsi en pratique. Dès que l'on a commencé à employer les rayons on est fatalement entraîné à en multiplier les séances jusqu'à disparition de tout vestige du mal. On y est poussé d'ailleurs par le malade tout heureux d'avoir enfin trouvé un procédé qui ne le fait pas souffrir et qui ne le défigure que fort peu.

Il existe en outre une cause d'erreur que l'on n'a pas encore suffisamment mise en relief, et qui, d'après nous, est une des causes principales des désastres qui se produisent.

On sait que dans le *lupus érythémateux* il existe à la surface des téguments comme une sorte de réseau rouge à mailles minuscules : d'autre part les rayons provoquent l'apparition de *télangiectasies*. A une certaine période du traitement du *lupus érythémateux* par les rayons X, il est fort difficile de distinguer les éléments du *lupus* des *télangiectasies* provoquées par les rayons. On traite ces *télangiectasies* par de nouvelles applications croyant toujours avoir affaire à des éléments de *lupus*, et l'on arrive ainsi à produire des *radiodermes* graves.

Aussi ne saurions-nous recommander trop de prudence à ceux de nos confrères qui voudront continuer à utiliser les rayons X dans le traitement du *lupus érythémateux*.

III. — *BOUTON D'ORIENT*. — Nous n'avons pas d'expérience suffisante au sujet du traitement de cette affection par la radiothérapie pour en parler avec quelque compétence. Nous avons surtout vu des boutons d'Orient de 1881 à 1891, alors que les rayons X étaient inconnus, et pendant cette période nous avons trouvé que le meilleur traitement de cette affection était de n'y pas toucher et de recouvrir les éléments éruptifs de simple poudre inerte aseptique. Depuis la découverte de la radiothérapie nous n'avons observé que quelques cas isolés, et il semble bien que certains d'entre eux aient retiré des avantages de l'emploi des rayons X. Il est probable qu'il vaudrait mieux ici encore ne courir aucun risque et s'en tenir aux vieilles pratiques. En tous cas, si l'on se décidait à recourir aux rayons, on devrait se souvenir qu'il s'agit d'une affection qui guérit toujours spontanément sans causer aucun accident grave, et il ne faudrait pas s'exposer à provoquer des atrophies de la peau ou des *radiodermes* tardives sous prétexte de la faire disparaître un peu plus rapidement.

IV. — *LES FOLLICULITES*. — *LES ACNÉS*. — Nous tiendrons le même langage à propos de ces dermatoses. Cependant il y a quelques distinctions à établir.

A. — *Folliculites*. — Il ne peut être question d'utiliser les rayons X pour les furoncles ou pour les folliculites disséminées accidentelles :

mais il n'en est pas de même quand il s'agit de folliculites agminées et de folliculites récidivant sans cesse en une même région. Les prototypes de ces dernières variétés sont : α) les folliculites récidivantes de la lèvre supérieure, ou sycosis ou impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure, β) les sycosis lupoides des joues et du menton.

On sait que dans beaucoup de cas, pour arriver à guérir ces manifestations morbides, on est obligé de recourir à l'épilation méthodique de toutes les régions atteintes. Cette épilation à la pince est douloureuse, longue, par suite mal acceptée et mal supportée par le malade ; il est donc tout naturel qu'on la pratique avec les rayons X.

L'opération dont nous venons de parler est parfaitement légitime à la condition expresse qu'elle se fasse en s'entourant de toutes les garanties possibles : on doit n'obtenir qu'une chute passagère des poils, nullement une alopecie définitive ; en tous cas il ne faut jamais s'exposer à des radiodermites tardives. On ne doit donc s'adresser pour cela qu'à des opérateurs éprouvés et prudents.

En outre si, comme cela s'observe fréquemment, la maladie récidive dès que les poils repoussent, il faut, d'après nous, se défier beaucoup d'une seconde et surtout d'une troisième application de rayons sur la région déjà opérée. Il est préférable dans ce cas de recourir désormais à l'épilation avec la pince.

B. — ACNÉS. — Toutes les variétés d'acnés ont été traitées par les rayons X. On a publié d'heureux résultats. Ce procédé nous paraît néanmoins dangereux, et nous ne pouvons conseiller de l'employer.

α) *L'acné juvénile* (avec séborrhée, cocons séborrhéiques, comédons et papulo-pustules) peut être très améliorée et même guérie par les rayons X ; mais il faut, pour y arriver, modifier la vitalité des glandes sébacéo-pilaires ; par suite on doit employer ou des doses considérables de rayons en séances espacées, ou faire un grand nombre de petites applications. Ces deux méthodes ont, comme on le sait, les plus sérieux inconvénients au point de vue de l'intégrité des tissus à plus ou moins longue échéance, et nous avons été consulté par des jeunes filles qui, à la suite de ce traitement, présentaient au bout de 6 mois, d'un an, de deux ans et plus, des télangiectasies plus ou moins volumineuses disséminées sur leur visage.

β) *L'acné couperosique* est encore moins justiciable des rayons X.

γ) Quant au *rhinophyma* nous estimons qu'il faut avant tout le traiter par l'électrolyse ou par la chirurgie. On ne serait autorisé à recourir aux rayons que si le malade, bien et dûment averti et mis au courant de toute la thérapeutique de cette affection, exigeait leur emploi.

δ) *L'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face* ne doit jamais être traitée par les rayons X. On sait en effet que les causes de cette éruption sont d'origine interne et peuvent être schématisées ainsi qu'il suit : fermentations gastro-intestinales, — troubles con-

gestifs utéro-ovariens, — troubles de la circulation générale, — troubles du côté du système nerveux.

V. — LES VERRUES. — Il est incontestable que les rayons X font, dans la plupart des cas, disparaître les verrues avec rapidité.

Leur action est surtout merveilleuse dans les verrues planes de la face.

Malheureusement, et nous ne pouvons parvenir à nous expliquer ce fait, nous avons vu des quantités de radiodermites graves survenir chez des sujets porteurs de verrues qui avaient été traités par ce procédé.

Il est probable que les auteurs responsables de ces regrettables accidents ont péché par inexpérience et qu'ils ont fait absorber par inadvertance à leurs malades des doses colossales de rayons X. Ils ont en outre oublié que les mains sont une des régions du corps où l'on doit surveiller leur emploi de fort près.

Nous pensons qu'avant de recourir aux rayons X contre les verrues il faut tout d'abord les traiter par l'électrolyse négative qui est le procédé de choix pour les grosses verrues des mains et des doigts, par les effluves et les étincelles de haute fréquence qui donnent souvent d'excellents résultats dans les verrues planes de la face, etc... Il ne faut employer les rayons qu'en cas d'absolue nécessité. Nous aimerions même mieux l'ablation chirurgicale avec grattages et cautérisations consécutives que de nous exposer aux accidents dont nous avons été témoin.

VI. — AFFECTIONS MICROBIENNES EN GÉNÉRAL. — Il semble que d'une manière générale les rayons X n'aient pas beaucoup d'efficacité contre les microbes et par suite contre les affections microbiennes. Et cependant nous croyons en avoir retiré certains bons effets dans des cas où très probablement les microbes devaient jouer un rôle pathogène important par exemple dans les variétés végétantes de la dermatite herpétiforme (1), dans certains phagédénismes auxquels nous avons donné le nom de géométriques, dans certaines formes rares de dermatoses pustuleuses et ulcéreuses, etc...

En somme nous pensons que lorsqu'on se trouve en présence d'affections cutanées graves qui résistent à toutes les médications rationnelles, on est autorisé à essayer les rayons X en s'entourant de toutes les précautions sur lesquelles nous avons déjà surabondamment insisté.

(1) Rien ne prouve que la dermatite herpétiforme soit d'origine microbienne : bien au contraire tout semble indiquer que c'est une dermatose d'origine interne ; mais, dans la production des végétations qui parfois la compliquent, il est plus probable que des associations microbiennes jouent le rôle principal ainsi que le prouvent les heureux effets thérapeutiques de l'érysipèle et des médications antimicrobiennes sur ces curieuses complications.

DEUXIÈME PARTIE

Affections non parasitaires.

Pour mettre un peu d'ordre dans ce qui va suivre nous passerons successivement en revue :

I. — *Les réactions cutanées pures.*

II. — *Les troubles trophoneurotiques.*

III. — *Les troubles de la nutrition normale des tissus.*

IV. — *Les néoplasmes cutanés.*

I. — RÉACTIONS CUTANÉES PURES. — A. — *Les prurits purs.* — *Les prurits circonscrits avec lichénification.* — L'action des rayons X sur les prurits est réellement merveilleuse. Dans la majorité des cas une, deux et au maximum trois séances de rayons X d'intensité moyenne suffisent pour calmer les prurits les plus intenses et les plus rebelles. On comprend donc combien il est séduisant au premier abord de traiter par ce procédé tous les prurits localisés, en particulier les prurits de l'anus, les prurits de la vulve, et même les prurits du scrotum en prenant garde de ne pas agir directement sur les testicules.

Les résultats que l'on obtient par ce procédé sont tellement satisfaisants que nombre de dermatologistes ont fait des rayons X le traitement de choix de la dermatose que les vieux auteurs français ont décrite sous le nom de *lichen simplex chronique*, dont nous avons dégagé la véritable pathogénie avec le regretté Jacquet sous le nom de *névrodermite chronique circonscrite*, et à laquelle nous avons enfin donné pour éviter toute discussion pathogénique le nom de *prurit circonscrit avec lichénification*.

Eh bien ! nous n'hésitons pas à déclarer aujourd'hui que c'est là une pratique des plus discutables, qu'on ne doit pas traiter méthodiquement ces prurits circonscrits par les rayons X : car on a ainsi provoqué chez beaucoup de sujets de graves radiodermes.

Ces prurits, avec ou sans lichénification, et surtout ceux qui s'accompagnent de lichénifications, sont des manifestations à la peau de troubles de l'état général, d'intoxications et d'auto-intoxications agissant sur un fonds de névropathie accentuée. Ce ne sont nullement des affections locales n'ayant aucun lien avec l'état général comme au premier abord on pourrait le croire.

Les prurits circonscrits avec lichénification peuvent même être considérés comme les prototypes des dermatoses qui alternent parfois avec des troubles viscéraux : ils jouent le rôle de cautères créés spontanément par la nature chez certains sujets.

Les faire disparaître brutalement par une simple médication locale externe sans s'inquiéter de modifier l'organisme ne saurait constituer

selon nous une thérapeutique intelligente et inoffensive ; mais nous ne nous arrêterons pas à ces considérations, car nous savons fort bien qu'elles sont tournées en dérision par la plupart des dermatologistes actuels.

Nous nous contenterons d'analyser les faits cliniques, et malheureusement ils prouvent surabondamment que la radiothérapie employée dans ces cas d'une manière inconsidérée peut être dangereuse.

Voici une simple observation qui ouvrira peut-être les yeux de mes collègues :

Vers 1904 nous fûmes consulté par une femme qui portait à la jambe gauche une large plaque de prurit circonscrit avec lichénification : toutes les conditions pathogéniques habituelles de cette lésion étaient réunies chez elle : chagrins, surmenage nerveux, vie agitée à Paris, écarts de régime, etc... Nous essayâmes de lui faire comprendre les causes et le traitement logique de cette affection : mais nous n'eûmes aucun succès. Au bout d'un certain temps nous la perdîmes de vue. Puis nous sûmes d'une manière indirecte qu'elle était allée consulter un de nos confrères qui lui avait prescrit une médication locale active à la suite de laquelle elle avait été guérie.

Cependant quelques années plus tard elle nous revint. Elle présentait à la jambe gauche une cicatrice, une ulcération atone et de l'atrophie cutanée avec télangiectasies indiquant que ces régions avaient été soumises à l'action des rayons X. Tout autour de la zone qui avait subi l'action de ces rayons se voyait encore du prurit avec lichénification.

Voici ce qui s'était passé. On lui avait conseillé de traiter son prurit circonscrit par la radiothérapie. Tout d'abord les résultats avaient été merveilleux. Au bout de 3 semaines tout avait disparu, prurit et lésions cutanées ; c'était le triomphe ! Rien qu'une médication locale nullement pénible, nullement douloureuse avait suffi à assurer la guérison. Malheureusement au bout de 3 mois le prurit reparut : on s'empressa de refaire quelques applications de rayons X, et ainsi de suite pendant quelques années.

Puis survint une ulcération bizarre. Des médecins consultés portèrent le diagnostic de trouble trophique : ils tentèrent inutilement nombre de médications : en désespoir de cause un chirurgien en pratiqua l'ablation ; d'où la cicatrice qui se voyait à la jambe de cette malade.

Mais, quelques temps après, une nouvelle ulcération se produisit à côté de la première. Ce fut alors que devant l'étonnement de ses médecins habituels la malade se décida à venir nous revoir.

Inutile de dire qu'il s'agissait d'une radiodermite tardive grave consécutive aux applications répétées de rayons X qui avaient été faites contre le prurit circonscrit.

Si encore on était ainsi arrivé à faire disparaître complètement la

maladie première ! mais elle persistait toujours. Elle s'était simplement déplacée, et la malade présentait au moment où je la revis du prurit circonscrit avec lichénification autour de la plaque de radiodermite de la jambe gauche : un deuxième foyer de prurit avec lichénification commençait à se montrer à la jambe droite.

Ce fait est on ne peut plus démonstratif au point de vue de ce que l'on peut demander aux rayons X dans le prurit circonscrit avec lichénification.

Malheureusement il ne constitue pas une exception : nous avons vu de nombreux cas similaires, et même de plus graves. Chez un homme de 35 ans des rayons X appliqués sur un prurit circonscrit avec lichénification de la région sacrée ont déterminé une radiodermite grave, puis une transformation épithéliomateuse qui a nécessité une ablation chirurgicale large.

Nous ne condamnons pas cependant d'une manière absolue l'emploi des rayons X dans cette affection. Nous croyons qu'ils peuvent rendre de grands services comme adjuvants du traitement hygiénique général chez les sujets qui éprouvent des douleurs trop violentes et que les autres procédés énergiques tels que les emplâtres, les effluves locales de haute fréquence, les scarifications, les douches filiformes, etc... ne parviennent pas à soulager. Nous pensons que dans ces cas on est autorisé à faire, en se conformant aux règles connues, deux ou trois applications de rayons X au niveau des lésions cutanées. *Mais il ne faut jamais consentir, si le mal récidive, à renouveler ces séances d'une manière indéfinie, comme le font certains praticiens,*

B. — *Eczémas.* — Les indications de la radiothérapie dans les eczémas sont restreintes. On peut dire sans exagération que seuls font un usage fréquent de la radiothérapie dans les eczémas ceux qui ne connaissent pas la thérapeutique dermatologique.

On peut diviser pratiquement les eczémas en trois grandes variétés : 1° *Les eczémas vésiculeux vrais* qui sont presque toujours consécutifs à de l'hyporésistance cutanée mise en jeu par des agents irritants quelconques ; des soins d'hygiène, des pansements protecteurs et, quand ils ne suffisent pas, des applications de goudron de houille réussissent dans presque tous les cas ; 2° *Les eczémas papulo-vésiculeux* qui ont d'étroites affinités avec les urticaires et les prurigos, et dans lesquels les intoxications, les auto-intoxications, les fermentations gastro-intestinales, l'imperméabilité rénale, les troubles du système nerveux jouent un rôle majeur ; — ils sont justiciables d'une hygiène générale bien comprise, orientation de la vie, choix du climat, alimentation rationnelle, et applications de goudron de houille ; 3° *Les eczémas dits séborrhéiques psoriasiformes* dans la pathogénie desquels l'excès de l'alimentation carnée ou tout au moins azotée entre pour une large part, et qui sont justiciables au point de vue local de préparations de

goudron de bois, d'huile de cade, de soufre, d'ichthyol, de mercure, appropriées à la résistance des tissus.

Il est vraiment rare que l'on se trouve en présence d'eczémas rebelles à ces procédés thérapeutiques. Quand ils le sont, c'est qu'il s'agit ou bien de grandes dermatoses ayant de la tendance à évoluer vers les érythrodermies exfoliantes généralisées, parfois même vers les leucémides, et, dans ces cas, le pronostic devient réellement grave ; par suite la radiothérapie peut être tentée ; ou bien de prurits circonscrits avec lichénifications qui se greffent sur des eczémas vrais premiers, et nous retombons alors dans ce que nous avons dit au chapitre précédent.

Le changement de climat et de milieu, quand il est possible, est le véritable traitement des eczémas dits neuroarthritiques rebelles, qu'ils se manifestent par des poussées fluxionnaires récidivantes, ou par des lichénifications circonscrites. Quand ces moyens vraiment médicaux et logiques sont impossibles, on peut à la grande rigueur recourir aux rayons X : mais il ne faut le faire qu'avec la plus extrême prudence, employer des doses relativement assez faibles et ne pas les répéter trop souvent. Même en se conformant à ces préceptes nous avons vu se développer aux mains et à la figure de sujets ainsi traités, au bout d'un an, de deux ans, de trois ans même, des télangiectasies persistantes qui leur étaient fort désagréables.

C. — *Parakératoses psoriasiformes et psoriasis*. — Nous en dirons tout autant des eczémas séborrhéiques psoriasiformes qu'on peut dans presque tous les cas faire disparaître par un régime alimentaire approprié aux prédispositions et au mode d'existence du sujet, et par des applications de préparations de goudron de bois associées ou non à des préparations mercurielles, et à du goudron de houille.

Mais nous voulons insister sur la question des psoriasis.

Depuis une douzaine d'années nombre d'électriciens et quelques dermatologistes se sont mis à traiter les plaques rebelles de psoriasis par la radiothérapie. Les résultats ont été souvent désastreux.

Il suffit de réfléchir un peu à l'anatomie pathologique et à l'évolution clinique des psoriasis pour comprendre qu'il ne peut pas en être autrement. Le psoriasis est une dermatose éminemment récidivante ; il siège au niveau de l'épiderme et des couches les plus superficielles du derme. Il peut se développer en une région quelconque des téguments. Comment espérer pouvoir guérir une semblable affection par les rayons X ? Il faudrait pour cela arriver à modifier complètement la vitalité de l'épiderme et des couches papillaires, c'est-à-dire en provoquer l'atrophie. Qui ne voit le danger d'un pareil programme ? Cependant c'est en y arrivant dans certains cas de psoriasis localisés qu'on a pu publier des cas de guérison du psoriasis par la radiothérapie : mais alors il s'est produit ce que l'on aurait dû prévoir, c'est-à-dire des atrophies superficielles de la peau avec de nombreuses télangiect-

tasies ; dans certains cas, l'épiderme n'ayant pas été, malgré ces altérations, suffisamment modifié, de nouveaux éléments se sont reformés sur les plaques télangiectasiques elles-mêmes. Trop souvent, ces récidives in situ ont été de nouveau traitées par les rayons X, et on a ainsi provoqué la formation de radiodermes tardives ulcéreuses, avec toutes leurs conséquences jusques et y compris la transformation épithéliomateuse.

Nous n'en sommes plus à compter les cas de télangiectasies, d'atrophies cutanées, et d'ulcérations rebelles consécutives au traitement du psoriasis par les rayons X pour lesquelles on est venu nous consulter. Tout récemment encore nous avons traité un malade qui présentait au coude droit une radioderme très tardive, ulcéreuse, au niveau de laquelle les téguments semblaient être complètement détruits jusqu'au périoste de l'olécrâne.

Il ne faut donc pas regarder la radiothérapie comme constituant un traitement normal du psoriasis ; on ne doit y avoir recours dans cette affection que lorsqu'il s'agit de certaines plaques fort épaissies, papillomateuses, ayant résisté à toutes les autres médications locales y compris les préparations mercurielles et chrysophaniques. Et il faut en outre, lorsque l'on a traité une première fois ces plaques par les rayons X en se conformant strictement aux règles connues, ne jamais les traiter une deuxième fois par ces agents si elles récidivent.

II. — TROUBLES TROPHONEUROTiques. — Parmi les troubles trophoneurotiques de la peau nous ne connaissons guère que les *sclérodermies* qui aient été régulièrement traitées par les rayons X, et encore ne peut-on citer parmi elles que les *sclérodermies* en plaques ou en bandes qui puissent être justiciables de ces agents.

Nous n'avons pas encore observé de radiodermes graves dans ces cas, mais il faut dire que ces affections sont bien rares, et il est probable qu'on n'en a pas encore beaucoup traité par ce procédé.

Nous ne saurions trop recommander d'agir avec beaucoup de prudence dans les *sclérodermies* en plaques : ce sont des affections dans lesquelles la vitalité de la peau semble être diminuée ; il est à craindre que, si l'on multiplie les applications de rayons X à leur niveau, on ne provoque plus tard l'apparition de radiodermes graves.

III. — TROUBLES DE LA NUTRITION NORMALE DES TISSUS. — A. — *Les hypertrichoses*. — Le traitement des hypertrichoses par la radiothérapie a les partisans les plus convaincus. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point et nous avons même soutenu une polémique à ce sujet en 1906-1907. Nous serons donc assez bref.

C'est en voulant traiter les hypertrichoses par les rayons X que l'on a peut-être causé les radiodermes les plus étendues et les moins justifiées. Aussi ont-elles déjà provoqué des actions judiciaires, et ces actions judiciaires auraient été plus nombreuses si les médecins que

les malheureuses victimes ont consultés, par esprit de solidarité et de confraternité, n'avaient pas fait tous leurs efforts pour apaiser leur juste ressentiment.

C'est en 1897-1898 que nous avons pour notre part conçu les plus grands espoirs au sujet de cette méthode de traitement de l'hypertrichose. Nous écrivions à cette époque que nous espérions bien que la destruction des poils par l'électrolyse négative, que ce procédé si long et si pénible, n'aurait plus bientôt qu'un intérêt historique. Mais peu à peu nous fûmes obligé de reconnaître que les difficultés d'application des rayons X pour obtenir la destruction définitive de la papille pileuse sans provoquer d'altérations ultérieures des tissus étaient telles que les indications des rayons X dans l'hypertrichose devenaient fort restreintes.

Malgré de violentes attaques, notre opinion a fini peu à peu par prévaloir. Les radiothérapeutes les plus autorisés reconnaissent aujourd'hui que l'on ne doit employer les rayons X contre l'hypertrichose que dans des cas exceptionnels. Il n'y en a plus qu'un petit nombre qui s'obstinent dans leur intransigeance niant les désastres dont ils ont été les auteurs.

Nous espérons ne plus revoir désormais des jambes présentant d'énormes plaies et d'immenses atrophies consécutives à l'emploi des rayons X pour détruire les duvets de ces régions. Nous espérons ne plus voir des atrophies du visage avec télangiectasies consécutives au traitement de duvets imperceptibles.

Il est maintenant généralement admis que l'on ne doit employer la radiothérapie *qu'à la figure, et lorsqu'il s'agit de barbes véritables*, extraordinairement fournies, et qui réclameraient de trop nombreuses et de trop pénibles séances pour être détruites par l'électrolyse.

Dans ces cas la radiothérapie, bien maniée par des opérateurs compétents et soigneux, permettra de faire disparaître la grande majorité des poils : il est préférable quand on a obtenu ce résultat de détruire ceux qui restent avec l'électrolyse au lieu de trop multiplier les séances de rayons X, et l'on obtient ainsi des résultats convenables.

Dans tous les autres cas, lorsqu'il s'agit de poils peu nombreux, lorsque surtout il n'y a que de simples duvets, on ne doit jamais recourir à la radiothérapie.

B. — *Les séborrhées. — Les hyperidroses.* — Est-il possible d'agir efficacement sur la sécrétion séborrhéique et sur le flux sudoral avec la radiothérapie ? D'après ce que nous avons vu, cela ne nous paraît pas douteux. Mais on comprend qu'il soit nécessaire pour obtenir ces effets de modifier les glandes cutanées et par suite il est à craindre que l'on ne modifie aussi la vitalité des téguments.

Ce n'est donc pas une médication à préconiser : ce ne peut-être qu'une méthode d'exception qu'il ne faut employer que dans des cas désespérés, c'est-à-dire dans des cas où le moral du malade est telle-

ment affecté qu'il devient indispensable d'agir et qu'on est autorisé à tout risquer. Et même alors il ne faut procéder qu'avec beaucoup de prudence et l'on doit s'arrêter dès que les doses de rayons employées sont assez considérables.

C. — *Nævi*. — *Kératodermies*. — *Erythrodermies congénitales ichthyosiformes*. — *Maladie de Meleda*. — Certains médecins traitent les *nævi* vasculaires par la radiothérapie; mais c'est le radium qui, encore à l'heure actuelle, constitue pour ces difformités le procédé à la mode.

Ces méthodes ne nous paraissent pas fort séduisantes.

Certes dans quelques cas elles donnent des améliorations notables et même de beaux résultats. On peut les préconiser dans les tumeurs érectiles; il est bon toutefois de ne pas oublier que l'électrolyse bipolaire donne également dans ces cas d'excellentes guérisons. Mais nous croyons que lorsqu'il s'agit de *nævi* plans les résultats obtenus ne sont fort souvent pas beaucoup plus esthétiques que ne l'était la maladie première, et par malheur nous avons vu survenir chez des malades ainsi traités des radio et des radiumdermites tardives graves. Il faut donc ne pas aller de l'avant à l'aveuglette et ne pas accumuler séances sur séances sans se préoccuper de l'avenir.

Quant aux *nævi* tubéreux et pigmentaires, la radiothérapie n'a pas encore donné des résultats suffisamment beaux dans ces difformités pour qu'on soit autorisé à préconiser ce procédé.

Les *kératodermies* rebelles, congénitales ou non, celles qui se relient aux *érythrodermies* congénitales *ichthyosiformes* et à la maladie de Meleda, peuvent être avantageusement modifiées par les rayons X; nous devons ajouter que c'est le seul moyen qui semble avoir de l'efficacité contre ces affections. Mais là aussi il convient d'agir avec prudence, de tenir un compte exact des doses antérieurement employées et de procéder avec la plus grande lenteur. En suivant cette ligne de conduite nous n'avons pas encore observé de radiodermites dans les cas que nous avons fait traiter par ces agents, et nous avons constaté de bons effets.

IV. — *NÉOPLASIES*. — A. — *Chéloïdes*. — Dans ces derniers temps on a beaucoup employé le radium et la radiothérapie contre les *chéloïdes*. Ce sont des méthodes efficaces, peut-être pas tout à fait aussi merveilleuses qu'on a bien voulu le dire, mais il est exact qu'elles affaiblissent les tumeurs, et elles ont sur la plupart des autres méthodes connues le grand avantage de ne pas être douloureuses et de nécessiter d'assez rares séances.

Malheureusement nous avons déjà observé quelques radiodermites tardives à la suite de ce traitement et nous avons été obligé de faire disparaître ultérieurement par l'électrolyse de grosses varicosités développées à la suite d'applications de rayons X faites sur les cicatrices

vicieuses. Assez souvent les résultats esthétiques donnés par ce procédé sont médiocres : la peau n'a pas les caractères d'une cicatrice ordinaire souple : elle offre l'aspect très caractéristique de l'atrophie cutanée consécutive aux radiodermes chroniques.

Nous croyons donc qu'ici encore il faut se défier quelque peu de l'emploi des rayons X, que l'on ne doit pas multiplier inconsidérément les séances, et que dans la plupart des cas il est préférable d'associer d'autres procédés tels que les emplâtres, le massage, les scarifications, l'électrolyse, l'étincelage de haute fréquence, la Finsentherapie, l'air chaud, etc... à la radiothérapie pour pouvoir en diminuer les applications.

B. — *Mycosis fungoïde*. — Cette affection est le triomphe de la radiothérapie, qui constitue le seul procédé thérapeutique vraiment efficace que nous connaissions contre elle : les résultats donnés par les rayons X sont ici tellement merveilleux qu'il n'y a qu'à s'incliner.

Il ne faudrait pas cependant trop se fier à la résistance vraiment remarquable que les téguments des sujets atteints de mycosis offrent aux rayons X. Quand on abuse par trop inconsidérément de ces agents, on peut avoir même dans le mycosis des radiodermes graves, et nous avons longtemps soigné une malheureuse malade qui présentait en de nombreuses régions du corps de vastes ulcérations inguérissables des plus douloureuses qui n'étaient pas dues au mycosis, mais aux rayons appliqués pour guérir cette affection. On avait pris chez elle les ténigectasies prémonitoires des radiodermes tardives pour des lésions mycosiques et on avait continué avec une persévérance digne d'un meilleur résultat à irradier des régions dont la limite de tolérance était déjà dépassée.

Il ne faut donc pas, même pour le mycosis, se départir d'une certaine prudence, et il convient d'examiner soigneusement les téguments avant de répéter les applications.

Dans le mycosis à tumeurs d'emblée nous avons vu cette méthode faire fondre d'énormes tumeurs et guérir de vastes ulcérations avec une rapidité vraiment fantastique.

Les détracteurs systématiques de la radiothérapie devraient méditer ces résultats avant de décréter que les rayons X doivent disparaître complètement de la thérapeutique.

C. — *Epithéliomes et cancers*. — Nous serons très bref sur ce sujet ; car tout a été déjà dit.

Nous ne sommes ni des partisans aveugles de la radiothérapie dans ces cas, ni des adversaires de ce procédé qui peut rendre de très réels services.

On doit reconnaître que, lorsqu'il s'agit d'affections aussi graves, bien qu'il convienne de tâcher d'éviter le plus possible les radiodermes, il vaut encore mieux avoir une radioderme que de laisser évoluer

un cancer. On est donc autorisé ici à employer les doses de rayons X les plus élevées qui soient compatibles avec l'intégrité des tissus.

Quand nous avons à traiter un épithéliome cutané superficiel, nous conseillons : ou l'ablation chirurgicale large, puis la radiothérapie sur la cicatrice pour rendre les chances de récidives aussi minimes que possible, ou bien le raclage à fond de tous les tissus malades avec la curette tranchante, puis la radiothérapie à très hautes doses. En procédant de cette manière, on restreint autant qu'il est possible de le faire le nombre des séances de rayons X, par suite les chances de radiodermites tardives.

Pour les épithéliomes cutanés profonds, surtout quand ils sont situés aux lèvres, nous recommandons de faire d'emblée l'ablation chirurgicale, puis de faire 3 ou 4 séances de radiothérapie aux doses de 4 à 5 H. avec filtre à 3 semaines d'intervalle chaque pour mettre le malade, autant que faire se peut, à l'abri des repullulations.

Les récidives profondes et douloureuses de cancer après ablation chirurgicale doivent être traitées par les rayons X; ce n'est pas qu'on ait l'espoir de les guérir par ce moyen, mais on peut calmer les douleurs, obtenir quelques améliorations passagères, et donner ainsi au malade du calme et de l'espoir. Cependant il faut, autant que possible, tâcher de ne pas produire, même dans ces cas, de radiodermites douloureuses. On ne peut compter sur la guérison; la médication doit donc surtout s'efforcer d'apaiser les souffrances et de produire un effet psychique.

Résumé.

En somme il serait déplorable de laisser la radiothérapie tomber dans le mépris ou dans l'indifférence.

C'est un procédé thérapeutique de la plus grande puissance qui peut rendre de réels services, et que rien à l'heure actuelle ne peut remplacer dans certains cas.

Mais il faut savoir le manier : il faudrait en outre ne pas l'appliquer inconsidérément.

Nous sommes tentés de dire qu'il faut l'employer avec un respect mêlé de d'une crainte salutaire, et en s'entourant de toutes les précautions connues.

ÉTUDE SUR LE LUPUS PERNIO ET SES RAPPORTS AVEC LES SARCOIDES ET LA TUBERCULOSE

Par le Dr **Jörgen Schaumann** (de Stockholm).

Besnier présenta, le 14 février 1889, à la Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, un malade atteint d'une affection non décrite jusque-là, qu'il rattacha aux types vasculaires du lupus érythémateux et qu'il dénomma *lupus pernio* ou *lupus asphyxique*.

Après Besnier, plusieurs auteurs ont consacré à cette affection des recherches plus ou moins approfondies. Cependant on n'est pas arrivé à un accord définitif au sujet de sa nature.

Mes études sur le lupus pernio m'ayant amené à émettre une nouvelle conception pathogénique de la maladie, je me permets de les résumer ici.

Voici d'abord les trois cas étudiés :

OBSERVATION I. — Paysanne, 41 ans, n'accusant aucune hérédité tuberculeuse.

Pendant sa croissance, la malade était « faible », se sentait souvent fatiguée, mais n'était pas « scrofuleuse ».

La maladie actuelle débuta à l'âge de 23 ans par un « petit botonu rouge » sur la joue droite, qui augmenta progressivement de volume. Cinq ans plus tard apparut une tuméfaction de quelques doigts des mains et de pieds. En 1903, la malade eut une éruption d'érythème noueux.

Traitée de diverses manières elle s'est présentée à mon observation en 1909. La partie inférieure du nez était augmentée de volume, fortement vascularisée et parsemée de petites saillies jaunâtres, ressemblant à des nodules lupiques. La joue droite présentait, au pourtour d'une partie cicatricielle, un certain nombre de saillies semblables. La plupart des doigts étaient très volumineux. Les lésions cutanées ayant disparu après plusieurs mois de traitement photothérapique, la malade retourna chez elle.

Après trois ans d'absence, elle revint en automne 1913.

État en septembre 1913 : La malade est pâle et maigre. Elle se fatigue vite au travail. Pas de fièvre.

Les lésions cutanées n'ont pas reparu. Les muqueuses nasale et laryngée sont normales. Les amygdales ne sont pas augmentées de volume.

Les doigts et les orteils ont regressé à un volume presque normal, mais présentent des déviations phalangiennes et une laxité ligamentaire des articulations. La plaque radiographique laisse voir, dans les extrémités des phalanges et des métacarpiens, des foyers très nettement limités dont les sels minéraux font défaut — peut-être y a-t-il même une destruction — alors que les parties environnantes sont peu ou point modifiées.

On note au cou, dans les aisselles et aux aines la présence de quelques petits ganglions, variant du volume d'un pois à celui d'une fève.

Les poumons présentent, au niveau des deux bases et du sommet droit, une matité légère et une respiration un peu rude. Au niveau du sommet droit on perçoit des râles d'une courte durée. — Sur les radiographies on constate une augmentation des ombres hilaires et un nombre d'ombres maculées, disséminées dans les parties centrales et basales des poumons.

Rien d'anormal à l'examen du cœur, du foie et de la rate.

Sang : globules rouges 5 120 000, globules blancs 12 460 (lymphocytes 49,5 pour 100, leucocytes polynucléaires 76,5 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 3,5 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100); hémoglobine 100 pour 100.

La cuti-réaction pratiquée avec la tuberculine bovine et aviaire est négative. Pratiquée quatre fois avec la tuberculine ancienne, la réaction reste également négative; sur deux des points d'inoculation il se produit cependant une réaction notable après une injection sous-cutanée de tuberculine, faite 3 jours après les cuti-réactions.

L'intra-dermo-réaction suivant la méthode de Mantoux, effectuée deux fois en deux jours consécutifs, fut négative le premier jour, positive le second.

Une injection de 5 milligrammes de tuberculine provoqua des frissons et une température de 38°,9; pas de réaction locale. Après une nouvelle injection de 6 milligrammes le malaise reparut, accompagné d'une élévation thermique à 38°,5 et d'une augmentation notable des râles pulmonaires; la peau et les doigts ne présentèrent pas de modifications.

Un examen histologique a été fait d'un ganglion sous-maxillaire, de deux ganglions inguinaux et des deux amygdales.

J'ai inoculé à un cobaye la moitié d'un ganglion lymphatique et à un autre 5 centimètres cubes de sang prélevé de la malade; chez aucun des animaux, sacrifiés après 6 mois et 6 mois et demi, je n'ai pu relever, macroscopiquement ou microscopiquement, de modifications pathologiques.

OBSERVATION II. — Agriculteur, 32 ans, appartenant à une famille parfaitement saine et dont aucun membre n'a été atteint de tuberculose.)

Lui-même n'a pas été scrofuleux, et a toujours joui de la meilleure santé. A l'âge de 21 ans le médius de la main droite commença à augmenter des volumes. Cinq ans plus tard le deuxième orteil du pied droit se tuméfia également et, presque en même temps, le nez devint de plus en plus volumineux et rouge. Au cours des années suivantes il se produisit sur les joues des infiltrats violacés et d'autres doigts et orteils se tuméfièrent.

Depuis l'âge de 21 ans, époque à laquelle remonte le début des lésions digitales, le malade présente sur le tronc une dermatose prurigineuse qui s'est aggravée tous les hivers.

État en octobre 1913 : Le malade, qui est très bien constitué, présente une augmentation presque uniforme du volume du nez, avec épaississement profond des téguments, coloration violacée et surface lisse; on y constate des capillaires ectasiés, mais pas de nodules circonscrits. La pression sur les doigts fait apparaître une teinte jaunâtre.

Sur la joue gauche, dans le voisinage immédiat du nez, et sur les deux régions parotidiennes on constate des plaques d'aspect analogue à celui du nez, infiltrant profondément le derme et dont les limites sont plus ou moins nettes.

Le médius et l'annulaire de la main droite et plusieurs orteils sont tuméfiés sous forme de spina ventosa ; sur quelques-uns des orteils tuméfiés les téguments sont rouges et parsemés de saillies miliaires jaunâtres transparents et de consistance moins molle que les nodules lupiques. La radiographie montre, au niveau des extrémités des phalanges, même au niveau de certains doigts l'apparence extérieure est absolument

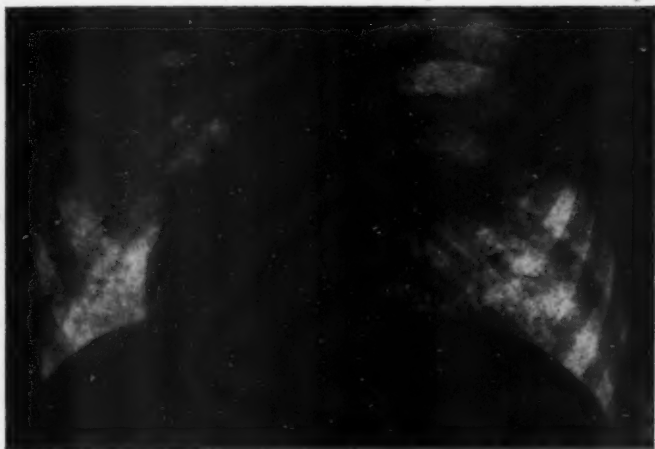


Fig. 4. — Poumons de l'observation II.

normale, des foyers de décalcification nettement circonscrits et d'étendue variable, entourés de tissu osseux peu modifié.

Le malade éprouve sur le tronc un prurit désagréable s'exagérant le soir au moment où il va se coucher. On constate une éruption de papulovésicules urticariennes intactes ou excoriées, disséminées sur le dos, sur les faces d'extension des bras, le thorax et même la région lombaire. Sur le dos, où la peau est de coloration brunâtre et parsemée de nombreuses cicatricules, on trouve de la lichénification par places, surtout au-dessous de l'omoplate droite.

Au niveau des maxillaires inférieurs, des aisselles, des aines et des épitrochlées les ganglions lymphatiques, de consistance molle, varient du volume d'un pois à celui d'une amande verte. Derrière l'oreille gauche et au-dessus de la clavicule gauche, un très petit ganglion.

La pituitaire, hypertrophique au niveau du cornet moyen gauche, est lisse. La muqueuse pharyngée présente plusieurs îlots d'hypertrophie. Les amygdales ne font pas saillie en dehors des piliers palatins.

A l'examen clinique des poumons, on ne trouve rien à noter sauf une respiration bronchiale au niveau du sommet droit. Les radiographies

montrent une grande abondance de taches ombrées disséminées sur les deux poumons et formant autour des hiles des plaques volumineuses. Au-dessous des clavicules et au-dessous des septièmes côtes les taches sont moins développées qu'ailleurs (fig. 4).

L'examen du cœur, du foie et de la rate ne décèle rien d'anormal.

Sang : globules rouges 6 504 000, globules blancs 9 700 (lymphocytes 26,7 pour 100, leucocytes polynucléaires 64,5 pour 100, grand mononucléaires 8,3 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100); hémoglobine 90-95 pour 100.

La cuti-réaction, pratiquée deux fois avec la tuberculine ancienne et une fois avec la tuberculine bovine, est négative. L'intradermo-réaction est négative.

Trois injections sous-cutanées de tuberculine ancienne ont été effectuées à deux et cinq jours d'intervalle : avec 5 milligr. la température ne dépassa pas 37° 2; avec 10 milligr. 37° 4; avec 15 milligr. 37° 4.

Aucune ne provoqua de malaise, ni de réaction cutanée ou pulmonaire.

J'ai pratiqué l'examen histologique des éléments cutanés et des muqueuses hypertrophiques, du ganglion rétroauriculaire, des deux ganglions épitrochléens et de l'amygdale gauche.

Six cobayes ont été inoculés, quatre avec des lésions cutanées, et deux avec des fragments de ganglions. Sacrifiés après 6 à 49 mois, aucun d'eux n'a présenté de lésions macroscopiques ou microscopiques.

OBSERVATION III. — Veuve, 46 ans, n'accusant aucun antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel.

A la suite d'une série d'attaques d'érysipèle survenues en été 1908, le nez et les joues sont devenus le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur permanentes.

État en juin 1913. — La malade, dont l'état général est excellent, présente sur le nez une tuméfaction et une rougeur persistantes, s'étendant sans limites nettes aux parties avoisinantes des deux joues et sous les orifices nasaires. Ça et là, les parties atteintes, où se dessinent de nombreuses dilatactions vasculaires, sont parsemées de nodules lupoides.

Aux plafonds des deux vestibules nasaux se voient des fissures longitudinales; la pituitaire paraît très sèche.

Les amygdales ne dépassent pas les piliers du voile du palais.

Les mains et les pieds ne présentent aucune modification, ni extérieure ni radiographique.

Dans les régions sous-maxillaires, axillaires et inguinales et derrière l'oreille droite, des ganglions lymphatiques varient du volume d'un pois à celui d'une fève.

La radiographie des poumons, quoique l'auscultation la plus minutieuse fit croire à l'absence de toute lésion, montre toute une série de taches, disséminées dans les deux régions hilaires et s'étendant de là vers les deux bases en nombre décroissant.

Le bord inférieur du foie est à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

L'examen du cœur et de la rate ne fait soupçonner rien d'anormal.

Sang : globules rouges 4 560 000, globules blancs 8 000 (lymphocytes 30,5 pour 100, leucocytes polynucléaires 64 pour 100, grands mononucléaires 7,5 pour 100, éosinophiles 1 pour 100); hémoglobine 100 pour 100.

La cuti-réaction à la tuberculine est deux fois négative, l'intra-dermo-réaction, pratiquée deux fois au niveau des lésions faciales, négative.

Une série d'injections sous-cutanées de tuberculine a été exécutée à intervalles de trois jours : avec 5 milligr. la température ne dépassa pas 37°,2 ; avec 10 milligr. 37°,3 ; avec 15 milligr. 37°,7.

Ces injections n'ont point provoqué de malaise. L'élévation de la température, qui se produisit le soir de la dernière injection, ne dura que quelques heures. La peau, les ganglions et les poumons n'ont été influencés d'aucune manière.

Un examen microscopique a été effectué sur les lésions faciales, la pituitaire, sur les ganglions lymphatiques de quatre régions différentes et sur l'amygdale gauche.

Un cobaye a été inoculé avec un fragment de peau malade, deux avec des fragments de ganglions et un quatrième avec 5 centimètres cubes de sang de la malade ; sacrifiés au bout de 8 mois et demi à 9 mois ces animaux ne présentaient quoi que ce soit d'anormal.

*
* *

Examen histologique. — Les lésions cutanées, étudiées sur des biopsies de nodules lupoides, prélevées sur les malades des observations II et III, consistant en nodules circonscrits, composés de cellules épithélioïdes et de cellules géantes et entourés d'une zone incomplète de cellules lymphoïdes.

L'étude microscopique des lésions ganglionnaires, qui a porté sur une dizaine de ganglions enlevés de régions différentes sur les trois malades, relève, *dans tous les ganglions examinés*, un tissu néoformé d'aspect tuberculoïde et absolument analogue à celui des lésions cutanées. Ce tissu, qui envahit les ganglions en partie ou en totalité de manière à en effacer plus ou moins l'architecture normale, est composé de follicules isolés ou confluents, dans la constitution desquels entrent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes et qui sont encadrés par des cellules lymphoïques et plasmiques, groupées sur quelques points en masses compactes. Le tissu néoformé tendant à une transformation fibreuse, on surprend, avant que la transformation soit encore complète, un stade où le ganglion entier est constitué par du tissu conjonctif sauf une mince zone périphérique où persistent encore quelques foyers épithélioïdes.

Les amygdales des malades des observations II et III sont le siège de lésions tout à fait analogues à celles des ganglions. Dans les amygdales de l'observation I, je n'ai pas constaté de follicules épithélioïdes, mais une grande abondance de cellules plasmiques, groupées, comme dans les ganglions, principalement autour des vaisseaux.

Nulle part on ne constate de nécrose ; mais, en quelques points, les noyaux se colorent moins bien au voisinage du centre des follicules, tant dans la peau que dans les ganglions et les amygdales.

Les pituitaires des malades des observations II et III et la muqueuse pharyngienne de celui de l'observation II présentent, dans un stroma poreux, une infiltration de cellules polynucléaires, lymphoïdes et plasmatiques, structure qui ne m'a pas paru se distinguer de celle des lésions analogues chez des sujets sains.

Par aucun procédé de coloration je n'ai réussi à découvrir d'éléments microbiens dans les tissus pathologiques.

* *

Dès le début de mes recherches sur le lupus pernio, deux lésions ont attiré spécialement mon attention : les *adénopathies* et les *déformations digitales*, lésions qui jusqu'ici avaient été signalées en faveur de l'hypothèse de la nature tuberculeuse du lupus pernio, quoiqu'aucun auteur ne les eût soumises à un examen approfondi.

Comme je viens de le démontrer, l'étude de ces ganglions, pas plus que celle des éléments cutanés, ne peut servir à établir la nature tuberculeuse des lésions. Il est vrai que leur structure histologique est caractérisée par la présence de follicules d'aspect tuberculeux; mais, à l'encontre de ce qui se produit si souvent dans les ganglions tuberculeux, ces ganglions ne présentent nulle part de caséification et n'aboutissent jamais ni à la calcification ni à la suppuration; par contre, ils évoluent vers une transformation fibreuse. Ils ne réagissent jamais à la tuberculine et ils apparaissent chez des individus qui ne réagissent à aucune épreuve par la tuberculine. Je ne suis jamais parvenu à trouver de bacilles tuberculeux, ni de la forme classique ni de la forme granuleuse. Enfin, inoculés aux cobayes, ces ganglions ne les tuberculisent pas.

Si, comme il ressort de l'évidence, mes recherches ne m'ont pas permis d'admettre pour les adénopathies du lupus pernio une étiologie tuberculeuse, elles m'ont indiqué dans quelle direction il fallait poursuivre les études.

Car, les lésions portant sur tous les ganglions lymphatiques correspondant ou non à une partie de peau malade, il est évident qu'il ne s'agissait pas de métastases locales; il semblait au contraire que les ganglions étaient atteints d'une manière systématique.

Or, les choses étant ainsi, on était en droit de supposer la présence de l'affection même dans les *amygdales* et en fait, dans deux de mes cas, la biopsie a montré l'exactitude de cette supposition.

Les *déformations digitales* viennent aussi peu que les adénopathies, à l'appui de la nature tuberculeuse du lupus pernio. D'abord le processus pathologique, quoiqu'il se propage assez souvent jusqu'à la surface cutanée, n'aboutit jamais à la fistulisation. Il ne réagit pas à l'épreuve par la tuberculine. Enfin, les lésions du squelette, sous forme de foyers

circonscrits, prédominent dans les extrémités de diaphyses, où ils sont enchâssés dans un tissu osseux presque indemne. Ces constatations contrastent avec celles que nous faisons généralement dans les cas d'ostéite tuberculeuse des petits os longs, où le processus principal occupe les parties centrales des diaphyses et aboutit à un gonflement plus ou moins accusé des os présentant la forme du spina-ventosa; elles contrastent aussi, par l'intégrité des tissus environnants, avec les caractères des foyers tuberculeux des extrémités des os.

Quant aux *lésions du squelette*, je les ai constatées même dans certains orteils dont l'apparence extérieure est absolument normale. C'est là une circonstance qui mérite d'être signalée, car elle implique que les lésions initiales des doigts occupent les extrémités des os. Or, la prédisposition des tissus lymphatiques à l'égard de cette maladie étant déjà démontrée, quoi de plus naturel que de chercher son origine justement dans la moelle rouge, qui ne persiste chez les adultes que dans les extrémités des os? Comme dans les ganglions et les amygdales, il se produit ici encore un envahissement du tissu néoplasique et il s'ensuit une décalcification ou même une destruction du tissu osseux. Donc, rien d'étonnant à ce que la délimitation marquée et l'intégrité des parties environnantes, microscopiquement si caractéristiques dans les infiltrats du lupus pernio, se traduisent même sur les radiographies.

L'exploration a décélé dans les *poumons* des lésions tout à fait inattendues, qui ne pouvaient être mises en évidence par l'examen clinique seul. Ce sont des infiltrats en forme de taches, disséminés symétriquement dans les deux poumons et se condensant vers les hiles. Dans l'observation II, l'abondance de ces infiltrats était remarquable; le premier soupçon qui s'imposait fut, bien entendu, que les poumons étaient le siège de granulations tuberculeuses, diagnostic que renversèrent les épreuves par la tuberculine, 5, 10 et 15 milligrammes de cette substance ne provoquant aucune réaction ni pulmonaire ni générale; le malade ayant toujours été bien portant et vigoureux et n'ayant jamais éprouvé de troubles respiratoires, on ne pouvait non plus soupçonner qu'il portât une tuberculose pulmonaire *guérie* d'une étendue aussi grande que celle que révélait la radiographie. Il y a donc lieu de supposer que les lésions pulmonaires sont identiques à celles constatées dans la peau, les ganglions lymphatiques et les amygdales, et qu'il s'agit d'un granulome tuberculoïde, mais non tuberculeux, dans les poumons et les ganglions des hiles.

Dans l'observation III, où l'auscultation la plus minutieuse faisait croire à l'absence de toute lésion pulmonaire, la radiographie a montré une grande quantité d'infiltrats disséminés dans les deux tiers inférieurs des poumons et surtout développés au niveau des hiles. La tuberculine, aux doses de 5, 10 et 15 milligrammes, a été supportée sans aucune

réaction pulmonaire; l'élévation de température de quelques dixièmes de degrés après la dernière injection à dose aussi élevée ne permet pas non plus de parler d'une réaction générale, aucun malaise ne s'étant produit. Ne pouvant admettre pour ces lésions une origine tuberculeuse, je n'hésite pas à les imputer au processus granulomateux, constaté dans la peau, les ganglions et l'une des amygdales de la malade.

Dans l'observation I, où l'épreuve par la tuberculine a permis de diagnostiquer cliniquement une tuberculose pulmonaire, les données radiographiques étaient analogues à celles des observations II et III. Les lésions mises en évidence par la radiographie sont-elles toutes de nature tuberculeuse ou s'agit-il là d'une association de tuberculose et du processus granulomateux, révélé histologiquement dans les ganglions lymphatiques de la malade, c'est là une question impossible à trancher.

Dans l'observation III le foie présentait une augmentation de volume considérable. On trouve dans la littérature quelques cas de lupus pernio où la rate et le foie étaient augmentés de volume (cas de Bloch et de Licharew). Si on remarque que le lupus pernio, comme je viens de le démontrer, est une maladie du système lymphatique, il est très vraisemblable que l'augmentation de volume de la rate et du foie tient à la même lésion anatomique que celle des ganglions et des amygdales.

Il ressort de ce qui précède que le lupus pernio, autant qu'il a pu être constaté sur le vivant, occupe dans l'organisme les mêmes tissus que les maladies du système lymphatique, les lymphadénies; à savoir les ganglions lymphatiques, les amygdales, la moelle des os, les poumons, la rate et le foie.

Quelques particularités des localisations profondes du lupus pernio méritent de retenir l'attention. C'est tout d'abord le peu de signes cliniques qu'elles provoquent et la facilité avec laquelle elles se soustraient à l'observation du malade et du médecin: en ce qui concerne les ganglions, j'ai examiné certains d'entre eux qui, bien qu'ils fussent complètement envahis par le processus néoplasique, ne dépassaient pas le volume d'un pois; les amygdales n'étaient tuméfiées chez aucun de mes malades; les lésions osseuses étaient démontrées par la radiographie dans plusieurs doigts d'apparence extérieure absolument normale et la découverte des lésions pulmonaires était tout à fait surprenante. Il se peut donc que des lésions semblables existent dans la rate et dans le foie sans se manifester par une augmentation du volume de ces organes.

Presque toujours les malades viennent consulter pour les lésions cutanées, mais il ressort de ce qui précède qu'on manque de précision sur l'évolution chronologique des accidents. Nous connaissons cependant des cas où les lésions lymphatiques ont été les premières en date: dans un cas de Klingmüller, les lésions cutanées avaient été précédées

par une tuméfaction universelle des ganglions et il n'est pas rare que les déformations digitales soient les premières lésions observées ; dans mon observation II elles avaient précédé de 5 ans l'apparition des néoplasies cutanées. Étant donné qu'on connaît plusieurs cas où le lupus pernio a débuté dans l'appareil lymphatique et a existé pendant des années sans affecter la peau et que les ganglions étaient intéressés dans tous les cas où ils ont été examinés, nous sommes, semble-t-il, en droit de supposer que l'affection débute toujours dans l'appareil lymphatique. Les prémisses ne permettent pas une conclusion tout à fait absolue et il sera bien difficile de les améliorer à l'avenir, car ce sont en général les manifestations cutanées qui attirent l'attention du malade et du médecin. Toutefois, il est évident que les lésions cutanées ne constituent pas des symptômes essentiels ; il existe au contraire un lupus pernio sine lupo, quoiqu'on ne puisse fixer la fréquence de la maladie sous cette forme.

Dans les conditions décrites, la peau tiendra, dans le lupus pernio, une place autre que celle que nous sommes habitués à lui attribuer, place qui correspond bien à celle qu'elle a dans les autres lymphadénies.

Mais cela n'est pas assez. Le parallélisme de la symptomatologie cutanée s'étend même au mode spécifique de l'affection de la peau. C'est un fait connu que, dans les lymphadénies, la maladie de Hodgkin par exemple, il faut distinguer deux catégories de manifestations cutanées : 1° les néoplasies qui, au point de vue anatomique et pathogénique, équivalent aux altérations internes, et 2° les dermatoses d'ordre banal, appartenant le plus souvent au groupe du prurigo. Dans le lupus pernio, la première de ces catégories a son analogie dans les lésions faciales classiques ; mais, comme le montre mon observation II, il existe même ici une manifestation cutanée différente des lésions profondes et c'est justement un prurigo.

La corrélation avec le lupus pernio de ce prurigo, dont les éléments sont parfaitement typiques au point de vue clinique et histologique, résulte du fait qu'il a débuté en même temps que les premiers symptômes de la maladie, les tuméfactions digitales, et que, comme le lupus pernio, il a présenté des exacerbations hivernales. Ce prurigo mérite, à juste titre, le nom de prurigo lymphadénique.

Pour compléter la démonstration du caractère lymphadénique du lupus pernio, il faut encore remarquer la modification de son *équilibre leucocytaire* caractérisé par l'augmentation du nombre des grands mononucléaires et l'effet favorable qu'exerce sur lui la *médication arsenicale*, effet qui s'observe dans les autres maladies du système lymphatique.

Si le lupus pernio, par son extension dans l'organisme, se comporte comme les maladies du système lymphatique et offre plusieurs autres analogies avec ces maladies, sa *marche benigne* constitue cependant

un caractère distinctif qui le différencie de toutes les autres maladies de cette catégorie.

* *

Il y a déjà longtemps que plusieurs auteurs ont signalé certaines analogies entre les *sarcoïdes cutanées* et le *lupus pernio*. N'ayant pour ma part jamais observé de cas de sarcoïdes à l'époque où j'ai achevé mes recherches résumées ci-dessus (1), il m'était impossible de réaliser mon désir de baser une conception de l'identité des deux affections sur l'examen du système lymphatique d'un cas de cette dernière affection. L'occasion ne s'est présentée à moi qu'en juin 1915, époque où une femme est venue me consulter pour des sarcoïdes cutanées du type nodulaire.

OBSERVATION IV. — Femme d'agriculteur, 34 ans, dont les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels sont muets au point de vue de la tuberculose et de toute autre maladie. L'affection pour laquelle elle se présente a débuté au mois de décembre 1913.

État en juin 1915. — Cette femme, qui se porte à merveille, présente au-dessus du sourcil droit une plaque légèrement saillante et nettement limitée, mesurant 2 centimètres de diamètre, de coloration violacée; vers le centre la vitropression fait apparaître des taches jaunâtres rappelant des nodules lupiques, sans avoir cependant leur degré de translucidité. En tendant la peau on remarque de nombreux petits corpuscules de milium et de fines téléangiectasies.

Des lésions semblables se trouvent au niveau de l'aile nasale droite, de la commissure labiale gauche, de la région temporale gauche et de l'ourlet du pavillon de l'oreille droite.

Derrière l'oreille gauche, on trouve un ganglion mobile du volume d'un pois; sous le maxillaire droit, deux ganglions du volume d'une fève. Les deux ganglions épitrochléens sont gros comme des cerises. Légère adéno-pathie multiple dans les aines.

La pituitaire est lisse et luisante; hypertrophie légère au niveau des cornets inférieurs.

Les amygdales dépassent à peine les piliers du voile du palais.

L'examen clinique des viscères est négatif.

Sang : globules rouges 6 065 000, globules blancs 7 200-8 300 (lymphocytes 41 pour 100, polynucléaires 74 pour 100, grands mononucléaires 46 pour 100; éosinophiles 4 pour 100; basophiles 4 pour 100); hémoglobine 110 pour 100.

La cuti-réaction, pratiquée avec la tuberculine ancienne, bovine et aviaire est négative; l'intra-dermo-réaction selon la méthode de Mantoux négative.

Quatre injections sous-cutanées de tuberculine ancienne ont été effectuées

(1) Mes recherches sur le *lupus pernio* ont été adressées à la Société française de Dermatologie et de Syphilographie en novembre 1911.

avec deux jours d'intervalle : avec 4 milligramme ; la température ne dépassa pas $37^{\circ},4$; avec 2, $37^{\circ},3$; avec 5, $37^{\circ},5$; avec 10, $37^{\circ},5$.

Ces injections n'ont point provoqué de malaise. Pas de réaction locale ni à la face, ni aux poumons, ni aux lieux d'injection.

Microscopiquement, les lésions cutanées présentent des nodosités circonscrites, composées de cellules épithélioïdes et géantes et entourées d'une couronne incomplète de cellules lymphoïdes. La structure cadre en tout point avec celle du lupus pernio.

Ce cas m'offrant une occasion de trancher la question de savoir jusqu'à



Fig. 2. — Pied gauche de l'observation IV.

quel point était justifiée ma supposition d'après laquelle les sarcoïdes cutanées seraient, ainsi que le lupus pernio, les manifestations cutanées d'une lymphadénie granulomateuse, j'ai extirpé les deux ganglions épitrochléens et les amygdales et soumis à un examen radiographique les poumons et le squelette des mains et des pieds.

L'examen microscopique révèle, et dans les ganglions et dans les amygdales, la présence d'un tissu néoformé dont la structure tuberculoïde est tout à fait analogue à celle du lupus pernio.

Deux cobayes, inoculés avec des fragments importants des ganglions, n'ont pas été tuberculisés. L'un d'eux, après 8 mois, est mort de pneumonie disséminée ; l'autre, toujours en parfait état de santé, n'a été influencé d'aucune manière par 0,5 et 2 milligrammes de tuberculine.

La radiographie révèle dans les poumons une augmentation de volume des ombres hilaires, se prolongeant le long des grandes bronches.

Les radiographies des mains et des pieds, qui présentaient une apparence extérieure absolument normale ne montrent d'altérations qu'au niveau de la première phalange des deuxième et quatrième orteils du pied gauche. On y voit des groupes de taches du diamètre d'un grain de

mil, claires, situées dans le deuxième orteil au niveau de l'extrémité distale et proximale. Ces taches ne sont limitées par aucune zone de démarcation, la calcification des parties voisines n'est ni augmentée ni diminuée et les travées osseuses voisines présentent la même configuration que les travées environnantes : les taches correspondent donc à des foyers de décalcification — peut-être de destruction — situés dans un tissu osseux presque normal (fig. 2).

Par conséquent, le processus pathologique — qui est impossible à différencier de celui du lupus pernio — a atteint les ganglions lymphatiques ne correspondant à aucun territoire cutané malade, les amygdales, les poumons et les petits os longs. C'est là un fait capital qui, faute de preuve étiologique, rend on ne peut plus manifeste l'identité pathogénique des sarcoïdes cutanées et du lupus pernio.

J'ajouterai quelques faits complémentaires, communs au lupus pernio et aux sarcoïdes : la prédilection pour les jeunes gens sains ; l'apparition des manifestations cutanées dans la saison froide ; la présence de saillies jaunâtres signalées dans le lupus pernio sous le nom de « nodules lupiques » ou « lupoides », dans les sarcoïdes, sous celui de « foyers miliaires » ; un état catarrhal des muqueuses respiratoires ; l'augmentation des grands mononucléaires et des formes de transition du sang ; la bénignité et l'effet favorable de la médication arsenicale,

Le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées représentent donc, sous des formes différentes, un processus granulomateux d'origine inconnue et généralisé dans le système lymphatique, processus dont l'essence pourrait se traduire par la dénomination de « lymphogranulome ». Je m'empresse de relever que cette dénomination ne traduit pas d'autre identité avec le lymphogranulome de Hodgkin que celle de l'extension dans l'organisme. Les lésions cutanées étant d'ordre accidentel, on ne doit pas caractériser la maladie par un attribut dermatologique ; un caractère essentiel est la bénignité, qui différencie cette lymphadénie de toutes les autres, et tout particulièrement du lymphogranulome malin de Hodgkin. Je propose donc de donner à la forme de lymphadénie, dont le lupus pernio et les sarcoïdes constituent des manifestations cutanées, le nom de *lymphogranulome bénin*.

*
* *

Ne serait-il pas possible d'appliquer aux *sarcoïdes sous-cutanées de Darier* la conception pathogénique que mes recherches m'ont permis d'émettre au sujet du lupus pernio et des sarcoïdes cutanées ? C'est là une question que semble résoudre l'observation suivante.

OBSERVATION V. — Employé, 23 ans, dans les antécédents duquel on

ne relève aucune affection tuberculeuse. Il y a 8 mois, il a découvert la première des tumeurs pour lesquelles il est venu me consulter.

État en mai 1916. — Le malade, dont la constitution est grêle et la musculature peu développée, présente au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume d'une amande et de consistance dure. Cette tumeur, qui siège dans le tissu sous-cutané, a une forme allongée et est mal limitée. La peau qui la recouvre a une teinte tout à fait normale.

Au niveau de la face externe de l'avant-bras droit on note une tumeur semblable, du volume d'une fève. A son insu, le malade porte une troisième tumeur dans l'hypoderme de la face externe du bras gauche et, dans la région lombaire, deux petites tumeurs sous-cutanées, une de chaque côté de la ligne médiane.

La tumeur de l'avant-bras droit, qui seule fait une légère saillie, adhère un peu à la peau. Les autres sont mobiles par rapport à la peau et aux tissus sous-jacents.

Toutes sont absolument indolores.

L'examen clinique des viscères ne montre rien d'anormal.

Sang : globules rouges 4 460 000, globules blancs 8 340 (lymphocytes 44 pour 100, polynucléaires 55 pour 100, grands mononucléaires 3 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100, basophiles 0,5 pour 100); hémoglobine 100 pour 100.

L'intra-dermo-réaction, pratiquée selon la méthode de Mantoux avec 1/100 de milligramme de tuberculine, ne se manifeste pendant les quatre premiers jours que par une tache rosée, bien limitée, non saillante qui commence à augmenter au bout de quatre jours et atteint, au sixième jour, un diamètre de huit millimètres; elle persiste pendant 5 à 6 jours, puis disparaît progressivement.

Trois injections sous-cutanées de tuberculine ont été faites avec deux jours d'intervalle : avec 1/10 de milligramme, la température a atteint 37°,4; avec 1 milligramme, 37°,4; avec 5 milligrammes, 38°,5.

Les deux premières injections n'ont provoqué qu'un léger embarras d'estomac; après la troisième, sont survenus un violent mal de tête et de la diarrhée. Pas de réaction locale du côté des tumeurs sous-cutanées, ni du côté des poumons.

Les lésions histologiques, étudiées sur une biopsie de la tumeur de l'avant-bras droit, consistent en une néoformation occupant l'hypoderme, soit sous forme de bloc massif, soit sous forme de trainées irrégulières et se composant de cellules épithélioïdes, géantes et lymphoïdes.

Les cellules épithélioïdes, qui constituent l'élément essentiel de la néoformation, sont des cellules polygonales ou fusiformes, dont le protoplasma est clair, le noyau ovalaire et faiblement coloré. Le groupement de ces cellules autour des vaisseaux fait penser à une origine vasculaire. En certains points, les cellules épithélioïdes semblent résulter de l'augmentation du protoplasma et de la diminution de la

graisse des cellules adipeuses, quoique l'examen d'une centaine de coupes ne m'ait pas tout à fait convaincu que tel avait été le mode de formation; en examinant certaines coupes on a l'impression que cette transformation des cellules adipeuses est même fréquente, mais je vais montrer que les lésions vasculaires peuvent prêter à confusion à cet égard.

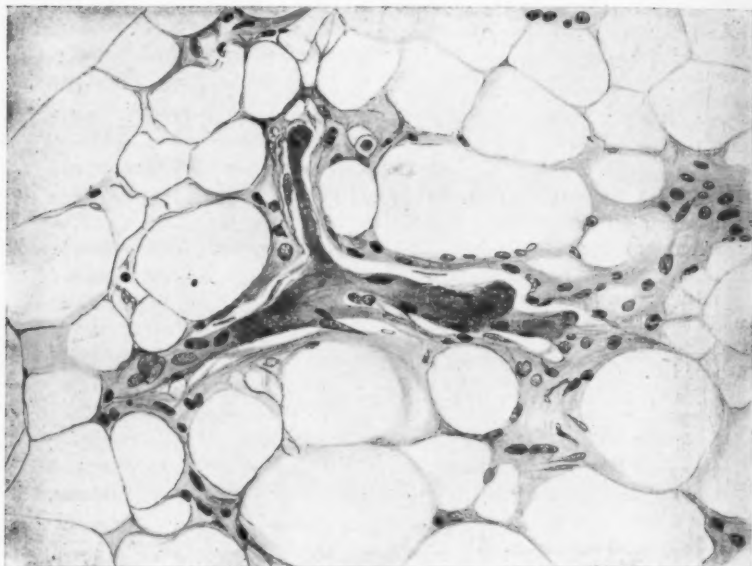


Fig. 3. — (Grossissement, 300 diamètres). — Endocapillarite gigantocellulaire.
Observation V.

Les cellules géantes, dans quelques coupes, sont assez nombreuses. En général, leur origine endocapillaire est indiscutable : les cellules endothéliales tuméfiées se fusionnent, formant des masses protoplasmiques qui comblent la lumière du vaisseau et se ramifient souvent dans un capillaire voisin (fig. 3). Ces plasminodes multinucléés, dont le protoplasma central est métachromatique et dont le protoplasma périphérique, périnucléaire, est acidophile, se colorent généralement assez fortement.

Coupés transversalement, ces plasminodes pourraient facilement se confondre avec une « atrophie proliférative » des cellules adipeuses aboutissant à la formation de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. L'étude des coupes en série permet d'éviter toute confusion de ce genre (fig. 4).

Les cellules lymphoïdes sont rares et isolées, et ne forment nulle part d'agglomérations ou de couronnes lymphoïdes.

Le tissu néoformé est bien vascularisé, les vaisseaux occupent souvent le centre des trainées cellulaires. Il n'y a pas de nécrose.

On ne constate aucun élément microbien. Un cobaye, inoculé avec

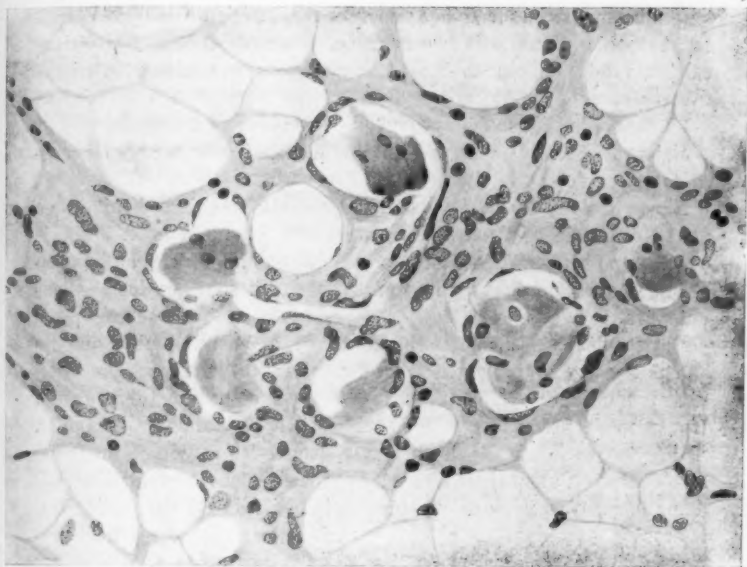


Fig. 14. — (Grossissement, 300 diamètres). — Infiltrat épithélioïde avec plasmodes endovasculaires multinucléés coupés en travers et pouvant prêter à confusion avec une atrophie proliférative des cellules adipeuses. (Observation V).

une partie de la tumeur extirpée, ne présente, après sept mois, aucun signe morbide.

Ce cas rentrant exactement dans le cadre des « sarcoïdes sous-cutanées » décrites par Darier et Roussy, il m'a paru intéressant d'examiner en détail le système lymphatique, car il était possible que les sarcoïdes sous-cutanées fussent une localisation hypodermique du « lymphogranulome bénin », dont le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées sont la localisation dermique.

Or, dans les régions sous-maxillaires, on notait un ganglion du volume d'un pois et de consistance dure, dont il était impossible de pratiquer un examen microscopique.

Les deux amygdales, qui étaient notamment saillantes furent extirpées et présentaient l'aspect microscopique des amygdalites chro-

niques banales. On ne voyait nulle part les follicules tuberculoïdes dont abondent les amygdales des sujets atteints de sarcoïdes cutanées.

La radiographie ne révélait pas de lésions du squelette, des *main*s et des *pied*s.

L'examen radiographique des *poumons* donnait le résultat suivant : les ombres des deux hiles, augmentées de volume et d'opacité, présentent plusieurs foyers calcifiés ; la bronche inférieure du côté droit est entourée d'une gaine condensée. Il s'agissait donc de lésions calcifiées du poumon droit et des ganglions bronchiaux, d'origine tuberculeuse.

La *rate* et le *foie* ne dépassaient pas leurs limites normales.

J'ajoute qu'il n'y avait pas la modification de l'*équilibre leucocytaire* qui caractérise le lymphagranulome bénin.

N'ayant relevé dans mon examen qu'une tuberculose bénigne ou peut-être guérie des ganglions bronchiaux et du poumon droit, je conclus que les sarcoïdes de Darier ne sont pas imputables au lymphogranulome bénin, dont les sarcoïdes de Bœck sont les localisations cutanées.

Darier, dès ses premières observations, a émis l'opinion que les sarcoïdes sous-cutanées sont des tuberculides, et la plupart des observations ultérieures plaident en faveur de leur nature tuberculeuse. L'examen de mon cas confirme, lui aussi, l'opinion émise par Darier. Si l'érythème induré de Bazin, avec lequel les sarcoïdes de Darier semblent avoir une intime affinité, se rencontre chez des sujets atteints d'une tuberculose bénigne et atténuée, la bénignité et l'atténuation dans les cas de sarcoïdes sous-cutanées paraissent être toutes particulières. A cet égard, l'intra-dermo-réaction retardée et torpide dans mon cas mérite d'être signalée. Il est naturel de supposer que cette atténuation extrême a empêché certains auteurs de trouver des symptômes ou des traces de l'infection tuberculeuse.

Si j'ai conclu que les sarcoïdes de Darier accusent une pathogénie différente de celle des sarcoïdes de Bœck, cette conclusion n'a trait qu'aux sarcoïdes noueuses et nodulaires des membres, dont le cas actuel est un exemple. Reste à savoir si les sarcoïdes sous-cutanées des membres se différencient de celles du tronc autrement que par la localisation.

Résumé.

Le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées sont des symptômes d'une seule et même maladie.

Cette maladie est une lymphadénie tuberculoïde, qui se distingue par la multiplicité de ses localisations lymphatiques dans les ganglions, les amygdales, la moelle des os, les poumons, la rate et le foie.

De même que les autres lymphadénies, cette maladie présente des manifestations cutanées de deux espèces : les unes, de même nature que les lésions internes, sont celles décrites sous les dénominations de « lupus pernio » et de « sarcoïdes cutanées » ; les autres, d'ordre banal, n'ont été signalées que dans un cas, où elles étaient représentées par un prurigo.

N'ayant aucune relation avec la tuberculose ni avec aucune autre infection connue, cette maladie est un granulome infectieux spécial à marche bénigne dont les caractères essentiels pourraient se traduire par la dénomination de « Lymphogranulome bénin ».

Les sarcoïdes sous-cutanées, probablement d'origine tuberculeuse, ne sont pas dues à cette lymphadénie.

NOTE SUR L'ÉTAT DU RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS LA SYPHILIS

Par **Jean Félix**,

Interne des Hôpitaux suppléant.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
(P^r AUDRY).

Le réflexe oculo-cardiaque consiste dans l'ensemble des modifications de la contraction cardiaque amenées par pression modérée de l'un ou des deux globes oculaires. Sa voie emprunte le trajet des fibres sensitives du trijumeau, se réfléchit au carrefour bulbaire vers le cœur par le pneumogastrique, ou plus rarement par les fibres d'innervation sympathique du cœur. En clinique on l'apprécie par les modifications de la fréquence du pouls.

Chez la plupart des sujets normaux la compression amène un ralentissement de 6 à 12 pulsations par minute. — Au-dessus de ce chiffre le réflexe est exagéré. — Il peut être encore aboli, on inversé (augmentation de la fréquence du pouls par la compression).

Les centres nerveux sont fréquemment atteints dans la syphilis, et d'une manière précoce. Il nous a paru intéressant de rechercher sur une série de malades atteints seulement de syphilis, à la période du chancre ou des accidents secondaires, l'état du réflexe oculo-cardiaque et l'état du système nerveux. Ne tenant pas compte des rares cas où ce réflexe est exagéré ou inversé et ne permettant pas de juger des modifications du système nerveux amenées par la syphilis seule, nous avons trouvé le réflexe oculo-cardiaque

| | NORMAL | TRÈS DIMINUÉ OU ABOLI |
|--|--------|-----------------------------|
| A la période du chancre. | 9 | 10 |
| Lors des accidents secondaires (50 cas). . . | 19 | 31 |
| Chez 50 sujets normaux. | 47 | 3 |

Chez nos malades, nous n'avons pas constaté de parallélisme entre l'abolition du réflexe et divers accidents nerveux du début de la syphilis (céphalée, paresse ou abolition du réflexe irien à la lumière, exagération légère des réflexes tendineux), non plus qu'avec la gravité de la syphilis et l'atteinte de l'état général, ou l'apparition de la réaction de fixation dans le sérum. Après un traitement énergique, tantôt le réflexe réapparaît, tantôt il reste aboli ou très diminué.

Les atteintes graves de la peau se sont accompagnées 4 fois sur 6 de l'abolition du réflexe. Rappelons que M. Ravaut, qui a trouvé une réaction méningée sans rapport avec la céphalée dans au moins 50 pour 100 des cas de syphilis secondaire, a établi la concordance de la réaction méningée et des éruptions graves de la peau. Nous n'avons pas pu étudier les altérations du liquide céphalo-rachidien chez nos malades. Cette étude, si elle est faite plus tard parallèlement à celle du réflexe oculo-cardiaque, pourrait, nous semble-t-il, permettre de préciser les rapports si intéressants de l'atteinte radiculaire ou méningée avec l'atteinte des centres dans les premières périodes de la syphilis.

*
* *

Dans d'autres manifestations de la syphilis (accidents tertiaires, tabes, paralysie générale, hérédo-syphilis) nous avons trouvé le réflexe oculo-cardiaque très fréquemment aboli, et constamment dans les cas de syphilis du système nerveux. Ces résultats concordent avec ceux apportés par MM. Lœper, Mougeot et Vahram à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (19 mars 1914).

RECUEIL DE FAITS

A PROPOS D'UN CAS REMARQUABLE DE PSEUDO-RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Par A. Cassar.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE (P^r AUDRY).

Voici un fait destiné à montrer une fois de plus combien il faut être prudent dans l'affirmation d'une réinfection syphilitique. On sait que pour pouvoir qualifier de chancre de réinfection une lésion chancriforme survenue chez un syphilitique il faut :

1° Une lésion clinique et microscopique typique ;

2° Une pléiade.

3° Une réaction de Wassermann négative. Tout était réuni chez le malade dont voici l'observation ; mais le hasard, et un examen convenable seul a pu redresser l'erreur que nous étions prêts à commettre.

Marius D..., âgé de 58 ans, contracte la syphilis en 1913. Il se présente à la consultation de la clinique le 4 janvier de la même année porteur d'un chancre induré siégeant sur la moitié droite du gland. On lui fait subir trois injections d'arsénobenzol (606 ancien), de 0 gr. 50 chaque, à dix jours d'intervalle ; et une série de six injections d'huile grise à cinq jours d'intervalle ; chaque piqûre représentant 6 centigrammes de mercure. Le malade quitte l'hôpital, son chancre complètement cicatrisé, et se jugeant suffisamment guéri il cesse tout traitement.

Le 17 décembre 1916, il se présente à nouveau à la clinique pour phimosis irréductible. A la palpation et à travers toute l'épaisseur du prépuce, on trouve une nodosité particulièrement dure, paraissant siéger au niveau du sillon balano-préputial et sur la moitié gauche du gland. Mis en garde par cette induration nous explorons la région inguinale et des deux côtés constatons l'existence d'une polyadénite, d'une pléiade typique. L'incision dorsale du prépuce vient lever notre doute.

Nous nous trouvons en présence, à cheval sur le sillon balano-préputial et la moitié gauche du gland, d'une lésion chancriforme, surélevée, plane ou à peine érodée, brillante, de couleur grisâtre, et d'une induration qui laisse peu de doute sur son origine. L'examen sur frottis à l'ultramicroscope vient d'ailleurs préciser ce tableau clinique. Nous trouvons quatre à cinq tréponèmes, quelques-uns traversant, non

sans agilité, le champ microscopique. Le diagnostic de chancre syphilitique s'imposait à nous.

En outre, réaction de Wassermann effectuée le 20 décembre, nettement négative.

Ainsi : antécédents thérapeutiques, tableau clinique de l'infection syphilitique au début (lésion chancriforme siégeant à une certaine distance de la cicatrice du chancre de 1913, pleiade, trépomènes à l'ultramicroscope...), réaction de Wasserman négative, tout nous permettait d'écarter l'hypothèse d'une lésion récidivante, et d'adopter celle d'une réinfection vraie.

Mais le 26 décembre le malade se plaignant de voir sa vue baisser depuis une dizaine de mois environ, accusant même une cécité quasi absolue du côté droit, un examen du fond de l'œil est effectué. M. le Pr Frenkel constate une neurorétinite droite « probablement spécifique », disait la fiche de diagnostic. Somme toute, lésion tertiaire de la rétine incompatible avec notre diagnostic.

On institue dès l'entrée du malade dans le service un traitement antisyphilitique selon la méthode habituelle (quatre injections intraveineuses de novarsénobenzol de 0 gr. 75 tous les dix jours ; injections intramusculaires d'huile grise). La lésion préputiale est en bonne voie de cicatrisation dès la troisième injection de novarsénobenzol. La pleiade persiste encore. Le malade n'accuse aucune amélioration de sa vue. La réaction de Wassermann effectuée le 28 décembre se montre positive.

Il ne s'agissait pas d'une réinfection, mais bien d'une récurrence chancriforme. Or ces récurrences chancriformes sont infiniment plus fréquentes qu'avant l'emploi des arsenicaux. Elles ont été déjà signalées très exactement au cours de la première année de la syphilis (secundar Primar affect des Allemands). Mais nous pensons que de pareils cas se multiplient à des époques plus tardives, au fur et à mesure que s'accroît l'ancienneté de la vérole chez les sujets traités par les arsenicaux. Nous aurions pu relater au moins deux autres cas, mais tous deux avec une réaction Wassermann positive, par conséquent moins intéressants. Que les arsenicaux aient apporté d'étranges changements dans la physiologie de la syphilis, il n'en faut pas douter, et nous ne les connaissons certainement pas encore bien. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait être trop prudent dans l'affirmation d'une réinfection syphilitique. Et il faut surtout tenir compte que, parmi les cas qui ont été publiés (J. Benario, Die Reinfektionen bei Syphilis), un bien petit nombre se présentent dans des conditions aussi probantes que le nôtre. Et cependant on voit qu'il ne conduit qu'à une erreur.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre simple.

Chancre simple serpiginéux (Cancro molle serpiginoso), par RABELLO. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 27 décembre 1943, p. 88.

H. 40 ans. Début de la maladie il y a 24 ans par un chancre simple suivi de bubon inguinal droit. L'ulcère s'est étendu en serpentant sur tout le tronc, laissant derrière lui de fortes brides cicatricielles. Actuellement on voit des ulcères sur l'épaule gauche, la région sacrée et le tiers supérieur de la cuisse gauche. Ces ulcérations ressemblent à des gommes ouvertes, peau décollée et bleuâtre. Réaction de Wassermann négative. Pas de champignons par ensemencement du produit de râclage sur le milieu de Sabouraud. Injections de mercure ou de salvarsan négatives. Le microscope ne dénote que des lésions d'inflammation chronique avec nombreuses cellules géantes. L'examen bactériologique a révélé dans les frottis des germes ressemblant aux bacilles de Ducrey.

J. MÉNEAU.

Chancres simples phagédéniques de l'anus et du pli interfessier cas clinique (Chancros venéreos fagedénicos del ano y pliegue intergluteo Caso clinico), par TORNS. *Actas dermo-sifiliográficas*, décembre 1944-janvier 1945, p. 410.

Prostituée de bas étage, âgée de 22 ans ; contagionnée de chancres simples fissuraux des plis radiés de l'anus, par suite du manque de soins, de propreté, elle s'inocula dans le pli interfessier ; il se forma ainsi un chancre simple phagédénique large comme la paume de la main avec une large plaque de nécrose au milieu du pli interfessier, qui rappelait étonnamment les eschares sacrées des malades atteints de myélite et de méningo-myélite aiguës. Guérison rapide par des pansements au permanganate de potasse à 1/250.

J. MÉNEAU.

Étude clinico-thérapeutique des chancres simples de l'anus (Estudio clínico-terapéutico de los chancros blandos del ano), par COVISA. *Revista clínica de Madrid*, 30 avril 1945, p. 283.

Les chancres simples de l'anus ont une physionomie clinique spéciale, due à la région où ils siègent. Leurs caractères les plus saillants sont la formation du condylome satellite et la prolongation intra-anales qui les rend inaccessibles à l'exploration et au traitement.

Pour les découvrir et les traiter convenablement, il est indispensable : 1° d'obtenir une anesthésie profonde (anesthésie circonscrite de Ravaut ou méthode quelconque) ; 2° de cautériser superficiellement au thermo-cautère ; 3° de laisser l'organe au repos, c'est-à-dire supprimer momentanément les selles au moyen de l'opium.

J. MÉNEAU.

Chancre simple du genou (Cancermolle extra genital), par SILVA ARANJO FILHO. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 29 avril 1914.

Un nègre de 21 ans, après avoir été atteint de chancres simples du sillon balano-préputial, vit survenir quelques jours après sur le genou gauche une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic. Fond rouge foncé, anfractueux, pultacé et baigné par le pus. Strepto bacille de Ducrey dans le frottis.

J. MÉNEAU.

De l'emploi du novarsénobenzol dans le traitement du chancre simple (Do empugo e vantagens do neosalvarsan eros casos de cancro venereo), par O. DE CARVALHO. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 30 octobre 1914.

C. a employé avec succès le novarsénobenzol sur 38 malades porteurs de chancres simples. Un malade avait plusieurs chancres simples ulcéreux, ayant résisté aux traitements habituels; le novarsénobenzol en cinq jours a cicatrisé les ulcérations.

J. MÉNEAU.

Traitement du chancre mou, par F. BALZER. *Paris Médical*, 6 mai 1916, p. 430.

Pour B., le traitement du chancre simple peut être couramment formulé de la façon suivante: 1° Application d'air chaud. A défaut, bains locaux très chauds ou irrigations chaudes prolongées avec une solution de permanganate de potasse de 0,25 à 1 pour 1000. — 2° Cautérisation superficielle en employant de préférence le chlorure de zinc au 1/10, l'acide phénique dans l'alcool au 1/10 ou le carbure de calcium en poudre. Cette cautérisation n'est plus répétée dès que la virulence du chancre paraît éteinte. — 3° Pansements répétés plusieurs fois par jour avec des poudres antiseptiques iodées ou mieux avec la limaille argenticco-zincée de 0,50 à 1 pour 100, appliquée soit en pâte demi-liquide, soit en poudre sèche. Ces pansements sont continués jusqu'à transformation de l'ulcère en plaie bourgeonnante. — 4° A la période de bourgeonnement emploi de la poudre argenticco-zincée à 0,50 pour 100 ou de la pommade au baume du Pérou à 10 pour 100, jusqu'à épidermisation complète.

R.-J. WEISSENBACH.

Sur les composés cupriques contre le chancre simple (Ueber Kupferverbindungen gegen Ulcus molle), par J. ALMKVIST. *Dermatologische Wochenschrift*, 31 janvier 1914.

Le sulfate de cuivre a été déjà employé contre le chancre simple soit comme caustique soit en solution étendue. Après avoir essayé un certain nombre de composés cupriques, A. s'est arrêté à un dérivé amido-acétique qu'il emploie sous forme de pommade à 1 ou 2 pour 100. Sans odeur et peu irritante cette pommade donne d'aussi rapides guérisons que le traitement par la chaleur. A. l'emploie également pour le traitement abortif des adénites.

PELLIER.

Bubons chancrelleux.

Guérison d'un bubon chancrelleux suppuré, en huit jours, sans cicatrices apparentes, par le drainage filiforme, par Clément SIMON.

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 17 mars 1916, p. 318.

Homme atteint de chancre mou avec adénite supprimée; une ponction, suivie d'injection d'éther iodoformé, donne issue à une assez grande quantité de pus chocolat.

Le lendemain le pus s'est reformé, la poche est aussi tendue qu'avant la ponction. Trois jours plus tard, S., introduisant par l'orifice de la ponction une aiguille de Reverdin, pratique une contre-ouverture à la partie déclive et passe dans le bubon un crin de Florence qu'il noue en anse sur une compresse. Le lendemain le pus ne s'est pas reformé; 8 jours plus tard l'adénite est guérie, la peau ayant repris son aspect normal: seuls les points par où le fil a passé sont encore visibles.

R.-J. WEISSENBACH.

Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aîne, par W. DUBREUILH. *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 mai 1914, p. 326.

D. expose les différents traitements proposés et préconise la méthode d'Otis, traitement du bubon suppuré par les injections de vaseline iodoformée à 1/40, suivant la technique ci-après: on ponctionne le bubon avec un bistouri à lame étroite; on exprime le contenu du bubon; puis on remplit la cavité ainsi vidée par la vaseline iodoformée; on obture l'orifice avec du collodion et on place un pansement ouaté compressif qu'on laissera en place 8 à 40 jours. Le meilleur procédé pour injecter facilement la vaseline est de remplir la seringue de vaseline liquéfiée par chauffage au bain-marie et de la laisser refroidir pour n'injecter qu'à froid dans la cavité du bubon.

Les résultats de cette pratique sont excellents. En 8 à 40 jours, l'orifice de ponction est cicatrisé et fermé, le bubon rétracté; il ne persiste qu'un gros nodule induré, mais indolent, constitué par la coque ganglionnaire et la vaseline qu'elle contient. La coque ganglionnaire se résorbe lentement. Parfois, lorsque l'orifice de ponction n'est pas complètement cicatrisé, il arrive que la vaseline est éliminée au dehors, elle ne contient plus d'iodoforme. Dans tous les cas il n'y a plus aucune chance de voir le bubon se chancrelliser.

R.-J. WEISSENBACH.

Granulome vénérien.

Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien (Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma Venereum), par W. GENNERICH, *Dermatologische Wochenschrift*, 41 et 48 octobre 1913.

L'un des trois cas de chancre simple phagédénique rapportés par G. avait été diagnostiqué granulome vénérien par un spécialiste renommé des maladies tropicales. Les lésions ressemblaient parfaitement aux descriptions de Grindon. Les deux autres se rapportaient suffisamment au tableau dressé par Manson sauf une moindre tendance à présenter des formes végétantes. Les examens histologiques de G. concordent également avec les résultats de Siebert. Il est très possible qu'il s'agisse de deux affections identiques.

PELLIER.

Deux cas de granulome ulcéreux des pays chauds (granuloma

venereo ulceroso), par TENA. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 21 avril 1944.

I. Brésilien métis, 22 ans. Sur les plis inguinaux, la face interne des cuisses, le scrotum, le périnée, on voit des ulcères allongés, à bords nets et fond très végétant, baigné par une sérosité fétide et chaude.

II. Nègre brésilien, 31 ans. Même siège des lésions qui vont finir autour de l'anus. Elles consistent en ulcères allongés, à fond verruqueux, baigné par une sérosité mal odorante et saignant facilement.

Dans les deux cas, les frottis ont donné les corpuscules ronds de Donovan, endo et rétro-cellulaires.

Le 1^{er} malade avait souffert d'intertrigo inguinal peu de jours auparavant et l'autre était voisin d'un individu qui avait eu cette maladie. J. MÉNEAU.

Culture pure de l'agent du granulome vénérien (Reinkulture des Erregers von Granuloma venereum), par MARTINI. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 29 octobre 1942, p. 2378.

Il s'agit du granulome vénérien des tropiques (et non du chancre simple). M. a pu isoler en culture pure un diplocoque qui se retrouvait dans les tissus.

Ch. AUDRY.

Blennorrhagie rectale.

Fréquence et pronostic de la blennorrhagie rectale au cours de la vulvo-vaginite infantile... (Ueber die Häufigkeit und Prognose der Rektalgonorrhoe bei der Kindlichen Vulvovaginitis, nebst Bemerkungen über die Heilbarkeit der Vulvo-vaginitis), par W. WOLFFENSTIM, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1944, t. 420, p. 177.

A propos du travail de Mattisohn, W. observe que la blennorrhagie rectale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément, aussi bien chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite que chez les adultes. Déjà Birger a montré que chez les petites filles elle est plus fréquente que chez les adultes. Sur 26 cas personnels, W. en a trouvé 14 avec rectite. Le pronostic de cette dernière n'est pas plus mauvais que celui de la vulvo-vaginite, et W. a pu, au bout de plusieurs années, retrouver des malades restées guéries intégralement. Pour guérir les vulvo-vaginites, il a fallu à W. un temps variant de 28 jours à 9 mois. Dans un seul cas, il y a eu complication générale (endocardite ayant laissé une insuffisance mitrale). Récidives dans un tiers des cas.

Ch. AUDRY.

Trachome gonococcique.

Trachome et gonorrhée (Trachom und Gonorrhoe), par M. SALZMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1944, t. 420, p. 206.

Je me borne à indiquer le sens général de ce travail d'ailleurs étendu et soigné, mais qui n'intéresse pas particulièrement les lecteurs de ces *Annales*. S. combat Herzog qui a émis et soutenu l'opinion que les inclusions cellulaires (chlamydozoaires) décrites par Halberstädter et Proszvazek dans le trachome ne sont pas autre chose que des gonocoques en état d'évolution.

Ch. AUDRY.

Traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Un traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urèthre antérieur

(Un tratamiento de la blenorragia aguda de la uretra anterior), por J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 97.

Outre la diététique et l'hygiène habituelles, A. recommande 4 traitements par jour, de 11 heures du soir à minuit, de 7 à 8 heures du matin, de midi à 1 heure de l'après-midi et de 6 à 7 heures du soir. L'un consiste en un lavage de l'urètre antérieur, à faible pression avec une solution de permanganate de potasse et trois injections de nitrate d'argent. Uriner toujours avant le traitement. Le lavage se fait avec une canule à double courant ou une petite sonde flexible. 300 à 500 grammes de solution de permanganate portée progressivement de 0,20 à 0,50 pour 1 000 suivant l'état et la tolérance de l'urètre. Les injections sont faites avec une seringue à bout conique de 10 centimètres cubes de capacité, et une solution de nitrate d'argent progressivement portée de 1/20 000 à 1/40 000, l'injection ne devant être que légèrement sentie. On obtient ainsi une diminution rapide des douleurs. La cure demande de 8 à 10 semaines. Au bout d'un mois de traitement, recherche des gonocoques. S'il n'y en a pas, suppression d'une des injections de nitrate; si la guérison persiste quinze jours plus tard, suppression du lavage au permanganate, continuation des 2 injections de nitrate pendant 10 à 13 jours. Alors, réduction des injections de nitrate à une pour la nuit. Nouvelle recherche de gonocoques. S'il n'y en a pas, 2 injections pendant 8 à 10 jours. Si l'exsudat est purement muqueux, tentative de coït avec condom. Si rien ne survient d'anormal, le malade est guéri. En cas de rechute, reprise du traitement. Mais si, après avoir complètement cessé le traitement, le liquide contient encore des gonocoques, il faut recourir à d'autres moyens thérapeutiques.

J. MÉNEAU.

Traitement de la blennorrhagie par l'uranoblène (moyen chimico-thérapeutique) (Tratamiento de la blenorragia por el uranoblène (medico quimioterápico), par M. VILLAPADIerna. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1913, p. 171.

L'uranoblène découvert par Bruck en 1913 est un composé d'argent et d'uranine. C'est une poudre amorphe gris rougeâtre qui se dissout dans l'eau à la proportion de 1/500, en lui donnant une intense fluorescence et une forte couleur jaune. Elle contient 40 pour 100 d'argent. On l'introduit dans l'urètre sous la forme de petites bougies enduites de crème aseptique. Ce mode de traitement est commode, efficace et sans dangers, le malade peut le faire lui-même. Le médicament recouvert d'une gélatine facilement fusible reste longtemps en contact avec l'urètre à haute concentration, il se dissout dans les sécrétions urétrales en étendant, d'une façon continue son action bactéricide. Cette méthode évite les ennuis des injections. Le médecin est sûr que le médicament est resté un temps suffisant dans l'urètre en contact avec les parties malades, chose qu'on ne sait jamais avec les injections.

J. MÉNEAU.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique.

Le salicylate de soude dans quelques complications de la blennorrhagie (El salicilato sódico en algunas complicaciones de la blenorragia), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1912, p. 315.

Le salicylate de soude agit comme analgésique sur la sensibilité doulou

reuse. La théorie de Vulpian d'après laquelle il agirait directement sur les éléments anatomiques enflammés plaiderait en faveur de l'efficacité des injections locales ou intraveineuses que C. a employées avec succès à la dose répétée de 0,10 et 0,20 par injection contre le rhumatisme, les épithélites et funiculites de nature blennorrhagique. J. MÉNEAU.

Vaccinothérapie antigonococcique.

Le traitement de l'arthrite blennorrhagique par le gonargin (Die Behandlung der gonorrhoeischen Arthritis mit Gonargin), par H. HEDEN. *Dermatologische Wochenschrift*, 13 septembre 1913, n° 37, p. 1091.

La gonargine est un vaccin contenant un nombre de microbes morts⁸ variant de 5 à 400 millions par centimètre cube et conserve par une addition de 0,5 pour 100 de phénol. Les essais tentés dans le service d'Almkvist semblent montrer que les résultats obtenus dans les arthrites sont supérieurs aux effets thérapeutiques des procédés antérieurs. Il faut remarquer cependant que les premières injections ont été suivies parfois d'une augmentation passagère de la tuméfaction ou des douleurs. PELLIER.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les vaccins gonococciques (Tratamiento del reumatismo blenorragico por las vacunas gonococicas), par COVISA. *Actas dermo-sifiliograficas*, avril-mai 1915, p. 252.

C. a employé le vaccin gonococcique polyvalent de Mayeral. Il n'a jamais observé de phases négatives intenses. Il commence en général par 400 millièmes, augmente progressivement la dose jusqu'à 1 200 millièmes suivant l'état de la lésion, répète cette dose 4 à 5 fois puis redescend graduellement jusqu'à la dose de début. Les injections doivent être faites tous les 3 ou 4 jours. Les résultats sont excellents. Dans les cas de douleurs très intenses, on peut joindre au vaccin, au début du traitement, les injections intraveineuses de salicylate de soude à la dose initiale de 0,40 jusqu'à 0,30 et 1 gramme par injection. Mais le traitement ne réussit que dans les cas véritablement dus à la blennorrhagie. Un bon signe diagnostique est la réaction des foyers malades produite par les injections de vaccin gonococcique qui se traduit parfois par une augmentation de la douleur, et d'autres fois par de la tuméfaction. Si ces réactions se manifestent, l'arthrite est presque sûrement blennorrhagique. Quand ces réactions de foyer se produisent, il y a de grandes chances de succès, d'autant plus rapide et brillant qu'elles sont plus intenses. J. MÉNEAU.

Observations cliniques sur l'action de la vaccine gonococcique sur les arthrites blennorrhagiques chroniques, par V.-P. SEMIONOV. *La Presse médicale*, 21 février 1914, n° 15, p. 143.

S., qui a traité six malades atteints d'arthrite blennorrhagique chronique par les vaccins, conclut des résultats obtenus que le vaccin gonococcique polyvalent doit être considéré comme un remède spécifique pour le traitement des arthrites blennorrhagiques chroniques. Pour obtenir la guérison clinique (guérison obtenue en un laps de temps variant de six à seize semaines) il faut pratiquer 8 à 20 injections de vaccin, répétées au début du traitement tous les quatre à six jours avec des doses faibles (0,2 à 0,8 centimètre cube de vaccin) et ensuite tous les six à sept jours avec des doses plus élevées (0,8 à 2 centimètres cubes).

R.-J. WEISSBACH.

Sérothérapie et vaccinothérapie du rhumatisme blennorrhagique, par G. BONNAMOUR et R. SALLE. *Lyon Médical*, 29 avril et 5 mai 1944, p. 732 et 792.

B. et S. passent en revue les résultats obtenus dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique, avec les sérums antigonococciques, l'auto-sérothérapie, le sérum antiméningococcique, les vaccins antigonococciques.

La vaccination par les vaccins de Nicolle et Blaisot possède une action curatrice variable. B. et S. la considèrent comme surtout indiquée dans les formes chroniques du rhumatisme gonococcique; mais son emploi n'est pas exempt d'inconvénients: les injections sous-cutanées sont douloureuses; les injections intra-fessières sont assez souvent suivies de douleur assez vive, mais qui ne persiste pas plus d'une demi-heure.

La sérothérapie, suivant la méthode de Pissavy et S. Chauvet, par le sérum antiméningococcique, paraît surtout indiquée dans les formes arthralgiques simples et dans les arthrites phlegmoneuses; le sérum antiméningococcique se révèle, dans ces formes, analgésique en même temps que curatif.

R.-J. WEISSENBACH.

Vaccination antigonococcique, par MAUBLANT. *La Province Médicale*, 25 avril 1944, p. 487.

M., qui a traité six malades par le vaccin de Nicolle suivant la technique préconisée, c'est-à-dire par injection intra-fessière de un demi-centimètre cube de vaccin dilué dans un centimètre cube de sérum physiologique, conclut que le vaccin n'est pas aussi atoxique qu'on l'a cru au début, car il donne souvent de violentes réactions. C'est une médication auxiliaire, parfois utile, mais devant toujours laisser la première place au traitement local.

R.-J. WEISSENBACH.

Quelques remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique, par A. BLUMENTHAL. *La Presse médicale belge*, 26 avril 1944.

Dans deux cas où B. avait essayé la vaccinothérapie, il dut l'abandonner en raison de l'intensité des accidents provoqués: fièvre à 40°, céphalalgie, nausées.

R.-J. WEISSENBACH.

Quelques considérations pratiques sur la sérothérapie antigonococcique, par GIACOMO DEFINI. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1944, n° 4, p. 256.

D. note les heureux effets du sérum antigonococcique dans dix observations de gonococcie (salpingite, rhumatisme, prostatite). R.-J. WEISSENBACH.

Étude clinique sur le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaisot, par A. WEIL. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1944, n° 4, p. 268.

Dix observations de blennorrhagie aiguë ou chronique, urétrale ou vaginale, traitée par les vaccins. Les accidents douloureux ont paru rapidement améliorés. Le traitement n'a pas empêché l'apparition de complications, l'orchite dans deux observations.

R.-J. WEISSENBACH.

Maladies vénériennes dans l'armée.

Ce qui se fait au siège du 3^e Corps d'armée pour la prophylaxie

des maladies vénériennes (Cio che si fa nella sede del III Corpo d'armata per la profilassi delle malattie veneree), par A. PASINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1915, fasc. V.

Au siège du 3^e corps d'armée italien (Milan), des mesures importantes et intéressantes ont été prises, d'accord entre les autorités militaire, préfectorale et sanitaire et avec le concours d'un certain nombre de médecins civils, contre la propagation des maladies vénériennes dans l'armée.

Un groupe pour la propagande médicale dans l'armée s'est proposé pour tâche de donner à cette lutte une forme pratique.

Une note de propagande a été rédigée et distribuée très largement aux soldats de la garnison et dans les buffets militaires des gares, énonçant les dangers des maladies vénériennes, leur mode de propagation et quelques procédés sommaires de prophylaxie individuelle.

Des conférences, destinées surtout à expliquer et paraphraser cette note, ont été faites dans les régiments par les membres du groupe.

Les femmes se livrant à la prostitution et trouvées malades ont été hospitalisées d'autorité, jusqu'à guérison, dans un service spécial de 400 lits installé dans ce but au Grand-Hôpital de Milan et indépendant du service habituellement ouvert aux femmes syphilitiques hospitalisées sur leur demande.

La surveillance des prostituées a été renforcée : le nombre des visites médicales a été porté de 2 à 3 par semaine pour les prostituées vivant isolément, de 2 à 4 par semaine pour celles des maisons de tolérance.

P. propose d'aller plus loin et de n'autoriser l'accès aux soldats que de certaines maisons de tolérance dans lesquelles la visite médicale serait quotidienne.

G. THIBIERGE.

Prophylaxie et traitement des maladies vénériennes en temps de guerre, par F. BALZER. *La Presse Médicale*, 14 octobre 1915, p. 401.

B. envisage dans cet article les différents problèmes que posent, dans les armées en campagne, la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes.

Au point de vue prophylactique, la surveillance administrative et militaire des prostituées, avec visite médicale, apparaît comme une nécessité, si peu libérale que paraisse cette mesure, si on songe au mal que peut produire une seule prostituée malade exerçant son métier au voisinage des soldats. Ces mesures n'excluent pas les efforts de la prophylaxie morale s'adressant directement à l'individu.

Au point de vue du traitement, il y a avantage à diriger sur l'infirmerie ou l'hôpital, le soldat atteint d'une maladie vénérienne, car il cesse d'être dangereux pour autrui, il est soigné directement par le médecin, il peut éviter les complications si fréquentes de sa maladie et guérir très vite surtout s'il est soigné par les méthodes nouvelles. Cette proposition s'applique particulièrement au traitement de la syphilis récente par les composés arsenicaux.

R.-J. WEISSENBACH.

La prophylaxie antivénérienne par les administrations civiles et militaires, par F. BALZER. *La Presse Médicale*, 13 janvier 1916, p. 11.

B., après avoir exposé les moyens mis en œuvre, pour la prophylaxie anti-

vénérienne, par le *Groupe de Propagande médicale pendant la guerre* créé à Milan par un groupe de médecins de cette ville, montre que la surveillance sanitaire et administrative de la femme doit avoir pour corollaire la surveillance sanitaire du soldat. Celle-ci doit s'exercer par les visites médicales obligatoires fréquentes pour tous les hommes et multipliées pour ceux qui ont été reconnus malades : ils resteront inscrits sur le carnet confidentiel du médecin militaire ; une fiche d'observation secrète sera établie pour chacun d'eux et devra être communiquée aux médecins qui pourraient être appelés à les soigner pendant la durée de leur service militaire.

Les administrations civiles et militaires doivent chercher, avec le concours des médecins, à tarir la source des contagions. R.-J. WEISSENBACH.

Fonctionnement d'un service des maladies cutanées et vénériennes dans une ambulance, par E. BODIN. *Réunion médico-chirurgicale de la V^e armée*, 11 décembre 1915. *La Presse Médicale*, 3 février 1916, p. 52.

Une ambulance immobilisée dispose de 120 lits pour le traitement des maladies cutanées et vénériennes. La plupart des malades qui y sont envoyés étaient auparavant évacués vers l'intérieur, d'où ils ne retournaient à leur poste qu'après une période toujours longue. Or, la majorité de ces hommes ont pu, après traitement à l'ambulance, être renvoyés à leurs corps après une à trois semaines. Les dermatoses les plus fréquemment observées sont les infections cutanées à streptocoques et à staphylocoques : *ecthyma*, *impétigo*, *pyodermites*, etc... La gale est fréquente. Les syphilitiques représentent un cinquième des malades hospitalisés ; presque tous sont atteints de syphilis récente, chancres ou syphilides secondaires. Ces malades sont blanchis par 2 ou 3 injections intraveineuses de néosalvarsan ; redevenus disponibles et non contagieux, ils sont renvoyés à leur corps avec l'indication écrite du traitement ultérieur à suivre.

Sur 300 malades traités à l'ambulance en octobre et novembre, 86 pour 100 ont été, dans un bref délai, renvoyés à leur corps : on comprend l'importance de ces résultats au point de vue du maintien des effectifs et ces faits démontrent l'utilité des services spécialisés de dermatosyphiligraphie dans la zone des armées.

R.-J. WEISSENBACH.

Prophylaxie et traitement de la syphilis aux armées, par E. BODIN. *Paris Médical*, 6 mai 1916, p. 434.

B. préconise l'application au cas particulier du soldat en campagne du précepte de Fournier. « Le meilleur moyen de lutter contre la diffusion de la syphilis est de traiter ceux qui en sont atteints. » Il étudie : 1^o les moyens du diagnostic de l'affection, aussi précoce que possible ; 2^o le traitement à utiliser, traitement énergique et prompt, capable de supprimer les manifestations contagieuses de la maladie.

Pour le premier point, diagnostic précoce, les armées possèdent, du fait de la création des services spécialisés, tous les moyens indispensables. Au point de vue du traitement, B. préconise une cure d'injections intraveineuses de néosalvarsan, 4 à 5 injections à 6 jours d'intervalle, soit en 24 ou 30 jours, capable de cicatriser rapidement les accidents et de mettre le patient à l'abri de récidives, pendant une période que l'on utilise pour un

traitement préventif complémentaire, compatible avec les occupations du soldat. Ce traitement complémentaire est le traitement par les pilules de bichlorure de mercure, à raison de 15 jours de traitement par mois, pendant un an au moins.

R.-J. WEISSENBACH.

A propos de la prophylaxie des maladies vénériennes autres que la syphilis, par Alex. RENAULT. *La Presse Médicale*, 5 juin 1916, p. 249.

R. montre dans cet article, par une étude rapide des conséquences qu'entraînent, au point de vue individuel et social, certaines complications de la chancrelle et surtout de la blennorrhagie, que la syphilis ne doit point être, parmi les maladies vénériennes, l'objet exclusif des préoccupations médicales. S'il faut la garder au premier rang, il est non moins nécessaire de réserver à côté d'elle une place importante aux autres maladies vénériennes, qui risquent par leurs complications d'immobiliser les malades et de porter ainsi un grand préjudice à la défense nationale. R.-J. WEISSENBACH.

NÉCROLOGIE

TH. COLCOTT FOX

Le 11 avril dernier est mort, à l'âge de 68 ans, un dermatologiste anglais du plus haut talent, Colcott Fox, médecin du département des maladies cutanées à l'hôpital de Westminster à Londres, Fellow du Collège Royal des médecins.

Fils d'un médecin de Broughton, Colcott Fox était le frère de Tilbury Fox, de beaucoup son aîné, qui a jeté un si grand lustre sur la dermatologie anglaise vers 1870.

Assistant de Tilbury dès qu'il eut pris ses grades en 1876, Colcott n'a pas cessé pendant 40 ans de cultiver l'étude des maladies de la peau et d'y apporter des contributions de la plus haute valeur. Ses publications, toujours précises et élégantes, d'une langue claire, ses innombrables présentations à la *Dermatological Society of London*, dont il fut un des fondateurs et dont il fut l'âme pendant de longues années, ont trait à presque toutes les questions de la dermatologie et témoignent d'une profonde connaissance de la littérature médicale et ont, sur bien des points, contribué, comme celles sur le pityriasis rosé de Gibert et sur l'érythème induré de Bazin, à faire connaître en Angleterre les idées de l'école française. Ses travaux sur les éruptions artificielles et les éruptions provoquées avaient dès 1889 établi des

notions que l'observation ultérieure a intégralement confirmées et rapporté à la simulation des lésions cutanées dites hystériques.

On doit à Colcott Fox les premières descriptions des vergetures d'origine syphilitique, de l'angiokératome, du granulome annulaire, des formes légères de l'hydroa vacciniforme, de l'acne scrofulosorum, des notions précises sur les tuberculides, sur l'urticaire infantile, sur les trichophyties, etc.

Comme l'a dit son intime ami J.-J. Pringle, Colcott Fox était le type accompli du gentleman anglais, sous le rapport de la culture physique aussi bien que de la culture intellectuelle et de la distinction.

Son regard profond, sa physionomie fine, son attitude réservée, presque timide, sa haute distinction native, s'alliaient à une affabilité et à une bonté qui se manifestaient bien vite lorsqu'on avait pris avec lui plus qu'un contact banal et accidentel. Il était adoré de ses élèves et de ses malades. D'une sincérité, d'une loyauté à toute épreuve, il était l'homme du devoir et n'aurait jamais cherché ni à se faire valoir, ni même à obtenir les avantages et les honneurs que méritaient à tant de titres sa science et sa valeur.

La mémoire de tels hommes reste chère à tous ceux qui les ont approchés et ont pu les apprécier.

G. THIBIERGE.

WILLIAM ALLAN JAMIESON

Le 21 avril est mort, à l'âge de 77 ans, le Dr Allan Jamieson, médecin honoraire de la Royal Infirmary d'Edimbourg.

Jamieson, outre une série d'études de dermatologie, a publié un manuel des maladies de la peau, qui de 1888 à 1894 a eu 4 éditions.

Les cours cliniques qu'il avait eu les plus grandes difficultés à établir et à faire admettre par ses collègues d'Edimbourg, avaient eu le plus grand succès parmi les étudiants et ont été parmi les premiers qui aient été consacrés à la dermatologie en dehors des grandes capitales d'Europe.

De haute stature, d'une grande distinction et de caractère affable, Jamieson était un collègue loyal et généreux, très estimé de tous.

G. THIBIERGE.

Le Gérant : Pierre AUGER.

ap-

res
les
les
les

pe
ne

e,
té
ec
es
it
r,
nt
t